

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE BÂLE
(Directeur: Prof. Dr J. E. STAEHELIN)

**Evolution de la psychiatrie hospitalière:
La clinique psychiatrique universitaire de Bâle
de 1917 à 1956**

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine
de Bâle

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Pierre Christe

de Vendlincourt (Canton de Berne)

1959

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE BALE

(Directeur: Prof. Dr J. E. STAEHELIN)

**Evolution de la psychiatrie hospitalière:
La clinique psychiatrique universitaire de Bâle
de 1917 à 1956**

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine

de Bâle

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre Christe

de Vendlincourt (Canton de Berne)



ORELL FÜSSLI ARTS GRAPHIQUES S.A. ZURICH

Acceptée par la Faculté de Médecine de Bâle sur proposition
du Professeur Dr *J. E. Staehelin*

Jour de la promotion: 1er juillet 1959

Erscheint im Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
Band 85, 1960

**Evolution de la psychiatrie hospitalière:
La clinique psychiatrique universitaire de Bâle
de 1917 à 1956**

Par PIERRE CHRISTE

Table des matières

Introduction	3
I. <i>Première partie:</i>	
Considérations générales	5
II. <i>Deuxième partie:</i>	
1. La schizophrénie	12
2. Du syndrome dépressif au syndrome psychopathique	21
3. Les toxicomanies	33
4. Les démences	39
5. Divers	43
III. <i>Conclusions</i>	46
Bibliographie	52

Introduction

On s'accorde généralement à reconnaître l'étonnante évolution de la psychiatrie hospitalière, qui, au cours de ces quarante dernières années, a transformé l'aspect des cliniques psychiatriques. Certains auteurs ont insisté surtout sur les modifications survenues dans la façon de traiter et de considérer les malades psychiques [1]¹; d'autres au contraire ont attiré l'attention sur l'apparition dans les cliniques de nouvelles maladies, encore inconnues il y a trente ou quarante ans, et sur le développement spectaculaire au cours de ces dernières années de formes morbides dont l'importance était négligeable auparavant [36].

¹ Les numéros entre parenthèses renvoient aux notes bibliographiques qui figurent en fin de travail.

Cette évolution de la psychiatrie hospitalière reflète, du moins en partie, l'évolution des maladies psychiques en général. Les études hérédo-biologiques – particulièrement en vogue en Allemagne nazie – avaient permis de donner des chiffres précis sur la morbidité de certaines maladies mentales à une époque déterminée. Ces études ont été délaissées après la guerre, et il n'y a plus guère qu'en Amérique et dans les pays européens nordiques, où des recensements systématiques ont permis de vérifier, voire de corriger les chiffres connus, pour la Bavière notamment [2, 3].

Mais de profondes transformations ont bouleversé le monde moderne. En quarante ans, la structure de la population a subi de grands changements; les mœurs ne sont plus les mêmes; l'engagement social de l'individu s'est modifié [4]. Il est évident que ces transformations ont entraîné des changements dans les maladies psychiques en général et dans la psychiatrie hospitalière en particulier.

Le but poursuivi dans ce travail a été d'une part de rechercher jusqu'à quel point l'étude des entrées des malades mentaux dans un hôpital déterminé permet de tirer des conclusions sur la morbidité d'une maladie particulière, d'autre part de savoir comment les modifications survenues dans la psychiatrie hospitalière se laissent expliquer par l'évolution de la thérapeutique psychiatrique et les transformations du monde moderne.

Pour objet de notre étude, nous avons choisi une grande clinique psychiatrique, la Friedmatt, desservant un ensemble social bien défini: le canton de Bâle-Ville.

Bâle-Ville, canton suisse de caractère essentiellement urbain, dispose pour l'hospitalisation de ses malades psychiques de deux cliniques psychiatriques: la petite clinique privée Sonnenhalde, à Riehen, et la Friedmatt, clinique universitaire, qui enregistre à elle seule plus des neuf-dixièmes de toutes les entrées. En outre, quatre-vingts pour-cent des malades traités à la Friedmatt sont domiciliés à Bâle.

Aussi, notre étude porte sur un ensemble cohérent, réalisant pratiquement le modèle d'une clinique où sont traités, dans leur grande majorité et presque exclusivement, les malades psychiques d'une population urbaine de plus de 200 000 habitants. Pour tous les malades, les problèmes juridiques et sociaux que pose une hospitalisation sont identiques; enfin, la présence à la tête de la Friedmatt, depuis 1929, du professeur *Stachelin*, a assuré au diagnostic une stabilité certaine.

Nous avons conduit notre travail de la façon suivante; au cours des quarante années envisagées, nous avons choisi six années de référence: 1917, 1927, 1937, 1947, 1954 et 1956. Pour les années 17, 27, 37 et 47, nous avons, pour chaque cas, consulté l'histoire de malade et pour les très rares cas où c'était nécessaire, précisé le diagnostic posé.

Pour 1954 et 1956, nous avons tiré nos renseignements des fiches individuelles d'entrée de l'office statistique suisse, fiches sur lesquelles le professeur *Stachelin* a toujours porté personnellement le diagnostic. Quant aux renseignements concernant les années intermédiaires, nous les avons pris dans les rapports annuels de la *Friedmatt*.

Le plan de ce travail est le suivant :

D'abord une étude générale de la *Friedmatt*. Les entrées ont augmenté dans de fortes proportions : quelles en sont les causes ?

La deuxième partie est une analyse systématique de toutes les maladies.

Dans les conclusions enfin se trouveront regroupés les constatations et les résultats obtenus.

Première Partie

Considérations générales

Les entrées annuelles

De 1917 à 1956, le nombre des entrées annuelles à la *Friedmatt* s'est accru de plus de 5 fois. On comptait en 1917 200 entrées annuelles environ ; en 1956, plus de 1100. Jusqu'en 1947, il y avait parmi ces entrées un peu plus d'hommes que de femmes ; dès 1954, c'étaient les femmes qui dominaient légèrement. L'augmentation d'abord assez régulière et assez faible, est devenue, depuis 1947, beaucoup plus rapide.

Années	Entrées annuelles	Hommes	Femmes
1917	203	107	96
1927	355	195	160
1937	549	305	244
1947	629	330	299
1954	1016	480	536
1956	1112	534	578

Que représente en fait cette augmentation ?

S'agit-il d'un véritable accroissement des malades psychiques ou d'une augmentation des « réhospitalisations » due aux récidives, rechutes ou exacerbations chez les mêmes malades ?

Le tableau suivant répond à cette question.

Années	Premières entrées	« Réhospitalisations »
1917	147	56
1927	206	149
1937	309	240
1947	366	263
1954	494	522
1956	544	568

Sur les 200 entrées déjà mentionnées de 1917, 75 % étaient donc des premières entrées. En 1956, les premières entrées, 549 au total, ne représen-

taient plus que la moitié environ des entrées totales. En quarante ans, les premières entrées ont augmenté de 3,6 fois; pendant la même période, les «réhospitalisations» se sont accrues de plus de 10 fois.

Ainsi, l'augmentation massive des entrées totales à la Friedmatt, depuis 1917, est la résultante de deux phénomènes différents: une augmentation des premières entrées et un accroissement encore beaucoup plus important des «réhospitalisations». Ce sont ces deux phénomènes que nous allons maintenant étudier séparément.

Les «réhospitalisations»

L'augmentation des «réhospitalisations» ne pose en fait un problème que dans le cas où elles se sont accrues dans une proportion plus grande que les premières entrées. Nous avons reconnu que c'était le cas. Quelles sont donc les raisons de cette augmentation particulière?

On pense d'abord à des causes internes à la clinique, inhérentes à la psychiatrie moderne en général. L'attitude moderne du psychiatre vis-à-vis de ses malades, parfois trop optimiste devant les possibilités données par les traitements médicamenteux modernes, a fait triompher définitivement le traitement libéral des malades psychiques. La Friedmatt – sous l'impulsion du professeur *Stachelin* – a pris dans cette voie une position de tête [40].

Les conséquences immédiates de cette attitude se laissent aisément mettre en évidence: d'une part dans l'augmentation relativement faible du nombre de lits disponibles, d'autre part dans la diminution importante de la durée moyenne du séjour en clinique.

Le nombre de lits disponibles a augmenté, en quarante ans, de 1,5 fois environ, chiffre très proche de l'augmentation de la population. Quant à la durée moyenne du séjour, elle est passée de 217 jours en 1917, à 110 jours en 1956. Cette réduction du séjour était évidemment la condition sine qua non pour une augmentation spectaculaire des entrées en général et des «réhospitalisations» en particulier, sans accroissement correspondant du nombre de lits disponibles. Ces chiffres d'ailleurs ne permettent pas de tirer des conclusions valables sur la durée moyenne du séjour d'une maladie particulière; ils ne sont qu'une indication générale, comme tout ce qui précède.

Les premières entrées

L'augmentation des premières entrées est due à un ensemble complexe de motifs, qu'il ne sera pas toujours facile de séparer. Une hypothèse de travail nous semble acceptable: les raisons de cette augmentation doivent, dans leur majorité, être recherchées à l'extérieur de la Friedmatt.

Ne pourraient-elles pas, par exemple, être la conséquence directe d'une augmentation de la population bâloise?

La Friedmatt soigne-t-elle aujourd'hui davantage de malades étrangers?

Est-ce l'hospitalisation des malades qui s'effectue en 1956 plus fréquemment qu'en 1917?

La vie moderne, enfin, n'a-t-elle pas entraîné une augmentation des maladies psychiques?

Autant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

La population bâloise

En quarante ans, la population bâloise s'est accrue de 1,54 fois environ; pendant le même temps, les premières entrées ont augmenté de 3,6 fois. Cette comparaison sommaire n'a pourtant que peu de valeur. En effet, les variations dans la structure de la population sont plus importantes que l'augmentation globale. La population âgée de plus de 80 ans, par exemple, a plus que quintuplé depuis 1917, tandis que la population âgée de 15 à 19 ans, pendant le même temps, a très légèrement diminué.

Il serait donc erroné de comparer l'accroissement des démences artériosclérotiques et séniles à l'ensemble de la population; pour chaque maladie, l'âge de la première hospitalisation devra être précisé, et notre référence sera la classe d'âge correspondante de la population [5, 6].

Le sexe des malades n'est pas non plus indifférent. D'une façon générale, la population de Bâle compte 1,2 fois plus de femmes que d'hommes; mais, avant 14 ans, il y a un peu plus de garçons que de filles; après 75 ans, on trouve, au contraire, presque 2 fois plus de femmes que d'hommes.

L'évolution de la population donnera parfois une explication complète, parfois une explication partielle de l'augmentation de certaines maladies; quand ce ne sera pas le cas, il nous faudra chercher d'autres motifs.

Les «étrangers»

Nous avons précisé dans l'introduction de ce travail, que l'ensemble que nous nous proposons d'étudier, se composait d'une clinique traitant les malades psychiques d'une population urbaine de plus de 200 000 habitants. Il est donc indispensable que nous précisions l'importance parmi les entrées, des malades ne résidant pas dans le canton de Bâle-Ville. Le tableau suivant nous donne pour les premières entrées et pour les récidives, le pourcentage de ces «étrangers» suivant les années.

Années	% des «étrangers» premières entrées	« Réhospitali- sations »
1917	28%	30%
1927	24%	16%
1937	17%	9%
1947	21%	6%
1954	21%	12%
1956	21%	9%

Ainsi, en 1917 seulement, l'importance des «étrangers» a dépassé largement 20%. 1917 est une année exceptionnelle, de guerre, de mouvements de population. L'importance des «étrangers» ne doit donc pas nous surprendre.

Si, d'autre part, on trouve une plus grande proportion d'«étrangers» parmi les premières entrées que parmi les «réhospitalisations», c'est que nombreux sont les malades qui, au cours de leur maladie, sont transférés dans leur pays d'origine.

D'une façon générale, ce tableau laisse l'impression d'une grande constance de l'importance de cet afflux extérieur. Les malades ne résidant pas à Bâle sont venus plus nombreux se faire soigner à la Friedmatt, mais cet accroissement est proportionnel à celui des malades domiciliés à Bâle.

Remarquons que ce pourcentage, relativement stable pour les entrées globales, ne l'est plus pour une maladie prise en particulier. En 1956, 28% des premières entrées présentant un syndrome dépressif n'étaient pas domiciliées à Bâle; la même année, pour les démences, la proportion des étrangers n'était que de 8%.

L'étude des étrangers ne nous apporte donc pas d'explication générale quant à l'augmentation des premières entrées; elle pourra, dans certains cas particuliers, nous donner des renseignements intéressants.

L'hospitalisation

On admet généralement qu'il est plus fréquent d'hospitaliser un malade aujourd'hui qu'en 1917. Les raisons en sont multiples: d'une part, nombreux sont ceux dont la confiance dans un traitement clinique est plus grande qu'en un traitement ambulatoire; sur un plan plus particulier, le caractère péjoratif qu'avait encore la Friedmatt il y a 40 ans, tend aujourd'hui à s'estomper. D'autre part, le monde moderne, détruisant la vie communautaire, a fait du malade un fardeau plus difficile à supporter: l'hospitalisation est souvent la seule solution, même si la maladie elle-même ne rendait pas cette hospitalisation indispensable.

Il est difficile d'estimer de façon quantitative l'importance de cette évolution. Nous avons pourtant retenu deux indices: le pourcentage des enfants, issus de parents domiciliés à Bâle, nés en clinique; le pourcentage des décès à l'hôpital.

Années	Naissances à l'hôpital	Décès à l'hôpital
1917	53%	46%
1927	73%	53%
1937	92%	55%
1947	96%	60%
1954	97%	60%
1956	98%	60%

Pour les naissances, l'hospitalisation est donc aujourd'hui 1,85 fois plus fréquente qu'en 1917, pour les décès 1,30 fois. Ce ne sont évidemment que des indices, mais qui du moins nous donnent un ordre de grandeur.

La vie moderne

Il est difficile de démontrer que la vie moderne a entraîné une augmentation des maladies psychiques. Deux faits pourtant doivent être signalés:

1. Depuis quarante ans, la vie communautaire s'est désagrégée. A titre d'indication, nous donnons ci-après le nombre de têtes par ménage de 1910 à 1950, pour le canton de Bâle-Ville.

Années	Nombre de têtes par ménage (Ct. BS)
1910	4,37
1920	4,01
1930	3,59
1941	3,07
1950	2,99

Cette évolution a entraîné ipso facto un accroissement de la responsabilité individuelle dans le groupe familial. Cette responsabilité individuelle s'est accrue également sur le plan professionnel: qu'il nous suffise de signaler les problèmes de l'industrialisation!

2. Le monde moderne propose à l'individu, aujourd'hui plus qu'en 1917, des sujets de satisfaction qu'il peut rarement atteindre (cinéma, voiture, radio, télévision, voyages, etc.). Reprenant les termes même de *Pasche* [7], nous dirons que la réalité

moderne «appâte en quelque sorte l'individu, le tente en lui présentant un nouvel objet de désir qu'il ne peut atteindre», «comme il est incapable d'y renoncer après l'avoir entrevu».

Ces deux éléments – augmentation de la responsabilité, impossibilité d'accepter l'éclat insoutenable de la réalité – sont déterminants dans l'apparition de certaines formes morbides: névroses, réactions pathologiques à la réalité, dépressions entre autres. Nous verrons, dans l'étude systématique des différentes maladies, le rôle qu'on peut attribuer à cette évolution du monde moderne.

Conclusions

L'augmentation des entrées, que nous avons relevée au début de ce travail ne se laisse pas ramener à une cause précise et non équivoque. Cette augmentation est due à un ensemble de facteurs imbriqués les uns dans les autres. Toute étude d'ensemble serait donc illusoire: il n'y a pas un problème unique de l'accroissement des premières entrées; il y a l'ensemble des problèmes que pose chaque maladie en particulier.

Les maladies

Avant d'entreprendre l'étude systématique de chaque maladie, un point reste encore à élucider: N'y a-t-il pas parmi les maladies psychiques une forme morbide particulière, qui se serait développée plus rapidement que les autres, et qui par son accroissement spectaculaire expliquerait l'augmentation générale?

C'est pour répondre à cette question que nous avons procédé au classement des maladies psychiques en 6 grands groupes, dont nous voudrions de façon très rapide examiner l'évolution. Ces groupes sont:

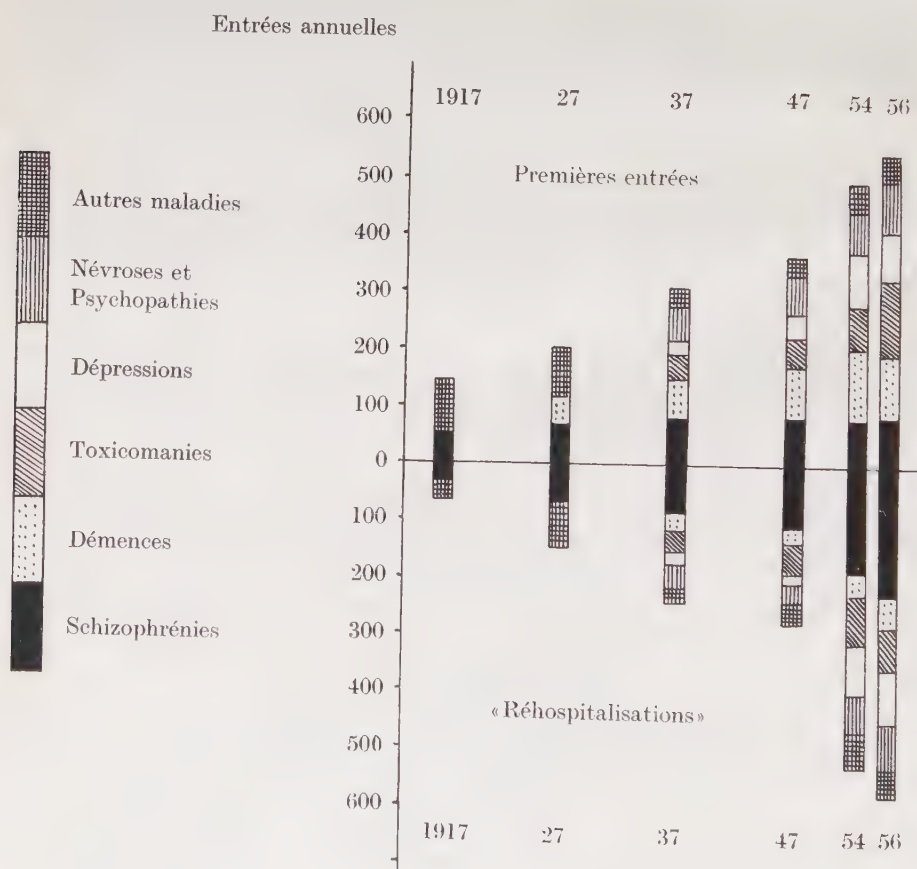
1. La schizophrénie.
2. Les dépressions: mélancolies, dépressions involutives, dépressions psychoréactionnelles.
3. Les névroses et les constitutions psychopathiques.
4. Les toxicomanies: alcoolisme et autres formes.
5. Les démences: formes artériosclérotiques et séniles, syphilitiques, posttraumatiques, etc.
6. Les autres maladies: oligophrénie grave, épilepsie, etc.

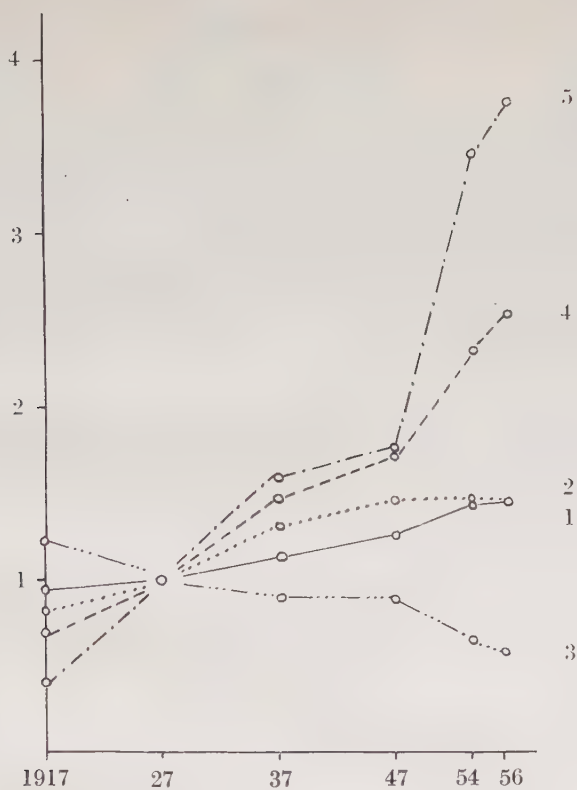
Le tableau suivant donne pour 1917 et 1956 le nombre absolu des premières entrées annuelles pour ces différents groupes, ainsi que le pourcentage de chacun de ces groupes par rapport à l'ensemble des premières entrées.

	Nombre absolu		Pourcentage	
	1917	1956	1917	1956
1. Schizophrénie	47	93	32%	17%
2. Dépressions	16	108	11%	20%
3. Névroses	16	65	11%	12%
4. Toxicomanies	13	128	9%	24%
5. Démences	28	111	19%	20%
6. Divers	28	37	19%	7%

Tous les groupes ont donc augmenté en nombre absolu; par contre, la schizophrénie et le groupe «divers» perdaient en importance relative, tandis que les toxicomanies et les dépressions augmentaient fortement leurs pourcentages respectifs et que les démences et le groupe des névroses et constitutions psychopathiques gardaient la même importance par rapport aux autres maladies.

Nous pouvons donc conclure que, même si des changements se sont manifestés dans la composition des entrées annuelles de 1917 à 1956, aucune maladie ne semble à elle seule capable d'expliquer l'augmentation générale des entrées.





1927 = 1

- 1 ——— Population
- 2 Lits disponibles
- 3 - · - · - Séjour moyen
- 4 - - - - - Premières entrées
- 5 - - - - - « Réhospitalisations »

Données générales

Deuxième Partie

1. La schizophrénie

Généralités

Le terme schizophrénie est pris ici dans son sens le plus large; il englobe d'abord les trois groupes désormais classiques de «schizophrénie paranoïde», de «catatonie», et d'«hébéphrénie». De plus, nous lui avons ajouté sous la rubrique «divers» des états morbides dont la nature schizophrénique est des plus contestables, tels les parophrénies, les paranoïas, les psychoses émotionnelles et les psychoses involutives paranoïaques. Ce regroupement s'explique par notre désir d'éliminer le plus possible les sources d'erreurs dues aux nuances survenues depuis quarante ans dans le diagnostic de la schizophrénie. Cette rubrique ne modifie d'ailleurs pas sensiblement notre sujet, puisque l'importance numérique de ce groupe «divers» ne dépasse jamais 8% des entrées schizophréniques totales [8].

L'importance de la schizophrénie par rapport aux autres maladies n'a cessé de diminuer au cours des quarante dernières années. En 1917, les schizophrènes représentaient 38% des entrées totales; en 1956, le 28%. Si aujourd'hui la schizophrénie garde encore la première place parmi les maladies psychiques, ceci n'est dû qu'à la forte augmentation des «réhospitalisations» qui, depuis 1917, se sont accrues de plus de 7 fois. Pendant la même période, les premières entrées n'ont augmenté que de deux fois environ. Parmi les premières entrées, la schizophrénie se classe aujourd'hui derrière les démences et l'alcoolisme.

Cette disproportion entre «réhospitalisations» et premières entrées peut s'exprimer en calculant pour chaque année le nombre de «réhospitalisations» pour 100 premières entrées.

Années	Premières entrées	«Réhospitalisations»	«Réhospitalisations» pour 100 premières entrées
1917	47	31	66
1927	68	66	98
1937	83	77	92
1947	89	102	115
1954	93	183	197
1956	93	219	236

C'est donc depuis 1947 que l'augmentation des «réhospitalisations» a été la plus forte, passant de 110% à 240% en 1956. Si l'on tient compte du fait que, dès 1953, la chlorpromazine était introduite à la Friedmatt dans le traitement des schizophrènes, la raison de cette augmentation devient évidente [9, 10].

Les premières entrées ont, en quarante ans, à peu près doublé. Les malades non domiciliés à Bâle-Ville représentaient, en 1927, 24% des premières entrées, en 1947 30%. Pour cette étude, nous les avons déduits des effectifs.

Années	Premières entrées totales	« Etrangers »	Malades bâlois
1917	47	13	34
1927	68	16	52
1937	83	20	63
1947	89	30	59
1954	93	26	67
1956	93	25	68

De 1917 à 1956, les premières entrées de schizophrènes domiciliés à Bâle ont donc doublé. Cette augmentation n'est pas régulière: de 1917 à 1927, en 10 ans, l'accroissement s'élève à 1,5 fois; tandis que de 1927 à 1956, en 30 ans, l'augmentation n'était que de 1,3 fois. La raison de cette différence réside probablement dans le caractère particulier de 1917, caractère que nous avons déjà signalé dans la première partie de ce travail. Aussi, avons-nous délibérément choisi 1927 comme année de référence, sans nous attarder plus longtemps sur 1917, où tant de facteurs impondérables peuvent avoir joué des rôles importants.

De 1927 à 1956, les premières entrées ont donc augmenté de 1,3 fois: c'est cette augmentation que nous devrons chercher à expliquer.

L'âge de la première hospitalisation

Pour les 255 cas étudiées, la première hospitalisation des malades s'est effectuée aux âges suivants:

6%	avant 20 ans
31%	de 20 à 30 ans
28%	de 30 à 40 ans
22%	de 40 à 50 ans
10%	de 50 à 60 ans
3%	après 60 ans.

81 % des schizophrènes ont donc été hospitalisés pour la première fois à la Friedmatt entre 20 et 50 ans.

Ces chiffres ne sont pas admis par tous les auteurs. Pour *Kraepelin* [11], 38,5% des patients tombent malades avant 20 ans; 43,5% de 20 à 30 ans et 16% après 30 ans. Les chiffres donnés par *Bleuler* [11] se rapprochent davantage des nôtres: 22% avant 20 ans; 42% de 20 à 30 ans; 33% de 30 à 40 ans; 13% après 40 ans. *C. Müller* [47] dans un récent travail sur la vieillesse des schizophrènes donne des chiffres qui correspondent aux nôtres de très près. Le début de schizophrénie a lieu, d'après ces chiffres, dans 6% des cas avant 20 ans; dans 32% des cas entre 20 et 30 ans; dans 32% des cas entre 30 et 40 ans; dans 16% des cas entre 40 et 50 ans et dans 14% des cas après 50 ans.

Pour *Brugger* enfin, l'âge particulièrement dangereux se situe entre 16 et 40 ans [12]. D'après nos chiffres, l'âge dangereux est donc un peu plus élevé. Ceci pourrait être dû au fait que certains schizophrènes entrant pour la première fois à la Friedmatt, étaient tombés malades bien avant déjà, mais qu'ils avaient été soignés alors dans d'autres cliniques.

Remarquons en outre que l'âge de la première hospitalisation est différent pour les hommes et les femmes. D'une façon générale, les hommes sont hospitalisés avant les femmes.

Age	Hommes	Femmes
moins de 20 ans	6%	7%
20-30 ans	44%	21%
30-40 ans	25%	31%
40-50 ans	12%	29%
50-60 ans	10%	10%
après 60 ans	3%	2%

La morbidité schizophrénique

L'augmentation des premières entrées de schizophrènes de 1927 à 1956 s'est élevée à 1,3 fois; 81 % de ces malades ont été hospitalisés pour la première fois entre 20 et 50 ans.

Comparons cette augmentation à celle de la population correspondante, c'est-à-dire âgée de 20 à 50 ans. Afin de faciliter cette comparaison, nous avons posé les valeurs trouvées pour 1927 = 1,00.

Années	Valeurs absolues		1927 = 1,00	
	Premières entrées	Population de BS (20-49 ans) (en 1000 h.)	Entrées	Population
1917	34	68,0	0,65	0,88
1927	52	77,0	1,00	1,00
1937	63	91,0	1,21	1,18
1947	59	93,0	1,14	1,21
1954	67	98,0	1,29	1,28
1956	68	97,5	1,31	1,28

La concordance de ces deux augmentations est évidente. Une conclusion s'impose: depuis trente ans, le nombre de schizophrènes hospitalisés pour la première fois par année et par 1000 habitants, âgés de 20 à 49 ans, est resté pratiquement constant et voisin de 0,7. Ce résultat est important. Il nous permet quelques déductions:

Si nous admettons, en effet, comme hypothèses de travail:

1. que la mortalité générale des schizophrènes ne diffère pas sensiblement de la mortalité générale [13];

2. que toute personne ayant présenté au cours de sa vie une poussée schizophrénique, ayant nécessité une hospitalisation, reste schizophrène (hypothèse que nous essayerons d'analyser plus loin),

nous pouvons nous risquer à calculer pour le canton de Bâle-Ville la valeur de la morbidité schizophrénique.

En effet, si sur 1000 habitants âgés de 20 à 49 ans, 0,68 schizophrènes tombent malades annuellement: en trente ans (20-49 ans) il en tombera 30 fois plus, soit 20,4. Ainsi la morbidité de la population, âgée de 20 à 49 ans, est-elle de 2,04%. Pour la population plus âgée, nous n'avons aucune raison d'admettre qu'elle soit différente, puisque d'une part nous avons admis que la mortalité des schizophrènes ne différerait pas sensiblement de la mortalité générale, et que, d'autre part, le nombre de schizophrènes tombés malades après 50 ans était négligeable. Pour toute la population adulte, la morbidité est donc de 2,04% environ. La morbidité générale s'obtient en multipliant 2,04 par le quotient de la population adulte à la population totale. $2,04 \times \frac{161,5}{213,5} = 1,54\%$.

La morbidité schizophrénique se situe donc pour 1956 à 1,54 % environ, c'est-à-dire que nous devrions trouver actuellement à Bâle près de 3300 schizophrènes.

Ces chiffres sont très élevés. *Luxenburger* [14] estime le taux de morbidité schizophrénique en Allemagne à 0,85%, *Schulz* à 0,76% [15]. Plus récemment [16, 17], *Strömgren* donnait pour la population suédoise et danoise une morbidité de 0,72%. La schizophrénie serait donc deux fois plus fréquente dans le canton de Bâle-Ville que dans les autres pays ? C'est la conclusion à laquelle arrivait *Brugger* en 1929 [12, 18], le taux de morbidité auquel il était arrivé à la suite de ses études de la population était de 1,53%!

La concordance des chiffres de *Brugger* et des nôtres est d'autant plus intéressante que ces chiffres ont été obtenus par des méthodes entièrement différentes.

Il est admis généralement [11, 13] que la schizophrénie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Parmi nos malades, nous avons trouvé également plus de femmes que d'hommes, exactement 1,65 fois plus. Nous devrions donc trouver à Bâle 2050 femmes schizophrènes environ et 1250 hommes. Ceci correspond à des morbidités respectives de 1,8 % pour les femmes et de 1,1 % pour les hommes.

Etude des catamnèses

Nous avons émis l'hypothèse, dans notre calcul de la morbidité schizophrénique, que tout malade, ayant été hospitalisé au moins une fois, restait schizophrène. Nous voudrions revenir rapidement sur ce point. Notre but n'est pas d'ailleurs d'entrer ici dans le problème de « l'essence même de la schizophrénie », ni de débattre les notions de « rémissions », « rémissions totales », « guérison sociale », etc.

Nous ne voudrions que présenter les renseignements obtenus par l'étude rapide des catamnèses de 250 schizophrènes tombés malades pour la première fois entre 1917 et 1947. (C'est délibérément que nous avons évité de tenir compte des patients tombés malades entre 1954 et 1956, estimant le recul insuffisant pour tirer des conclusions valables.)

Nous avons divisé la catamnèse de ces schizophrènes en 4 groupes :

1. Dans le premier groupe se trouvent les malades qui, rapidement après leur hospitalisation à la Friedmatt, ont été transférés dans d'autres cliniques. 20% se trouvent dans ce cas. Ce chiffre correspond à peu près au pourcentage moyen des « étrangers » parmi les premières entrées : nous avons déduit ces 20% du total des malades considérés (voir sous rubrique « étrangers »).

2. Le second groupe comprend les malades, qui au cours des 10 années qui suivirent la première hospitalisation, durent être hospitalisés à nouveau plus ou moins fréquemment.

3. Le troisième groupe est formé des malades qui durent rester constamment à l'hôpital.

4. Dans le quatrième groupe enfin, nous avons classé tous les schizophrènes, dont la catamnèse est – au vu de l'histoire de malade de la Friedmatt – restée muette.

Les pourcentages trouvés ont été les suivants, l'ensemble formé par les groupes, 2, 3 et 4, ayant été posé égal à 100.

Groupe 2 = 36%

Groupe 3 = 35%

Groupe 4 = 29%

Ainsi, pour 71 des cas, l'hypothèse émise s'est trouvée vérifiée; dans 29 % elle peut être mise en doute. Nous éviterons de tirer séparément des conclusions pour les chiffres trouvés dans les groupes 2 et 3. En effet, les traitements modernes (chlorpromazine: 1953) ont permis de libérer – du moins pendant certaines périodes – des malades hospitalisés jusque-là, ce qui a dû diminuer l'importance du groupe 2 au profit du groupe 3. Quant aux 29 % restants, il est évident qu'une catamnèse n'est pas un certificat de santé! Mais, ce chiffre nous donne une indication sur les limites de notre hypothèse.

Ces chiffres d'ailleurs ne contredisent pas ceux généralement admis. En 1938, *Dukor* – dans une étude minutieuse et systématique – faisait le point de nos connaissances sur le pronostic des maladies mentales. Ses conclusions sur le pronostic des schizophrènes étaient les suivantes [19]:

1. Dans 20% des cas environ survient un état qu'on pourrait qualifier de guérison sociale plus ou moins complète (groupe 4: 29%).

2. 30% des schizophrènes aboutissent à un état démentiel autistique total (groupe 2: 36%).

3. 50% des cas devraient arriver à des états situés entre ces deux extrêmes (groupe 3: 35%).

Les critères, que nous avons utilisés dans la classification de la catamnèse des schizophrènes, ne sont pas les mêmes que ceux de *Dukor*. Bien des malades, dont la catamnèse est muette ne sont pas pour autant guéris sur le plan social; pas plus que les malades, qui doivent rester continuellement à l'hôpital, n'aboutissent dans leur totalité à un abrutissement complet. Il est néanmoins intéressant de constater que les ordres de grandeur indiqués par *Dukor* se trouvent confirmés par nos chiffres.

Les paranoïdes

La schizophrénie paranoïde est la forme la plus fréquente de la schizophrénie.

42% des premières entrées schizophréniques sont des paranoïdes, 47% pour les femmes, 38% pour les hommes.

L'âge de la première hospitalisation est relativement tardif, soit que la maladie éclate effectivement plus tard que pour les autres formes, soit au contraire que l'évolution du trouble à bas bruit rend l'hospitalisation moins péremptoire au début de la maladie. Nous avons trouvé les chiffres suivants:

Age	Hommes	Femmes
Moins de 20 ans	1%	1%
20-30 ans	29%	13%
30-40 ans	30%	34%
40-50 ans	22%	34%
50-60 ans	14%	17%
Plus de 60 ans	4%	1%

Dans l'étude de la catamnèse des cas non transférés, nous avons trouvé que 65% des malades durent rester continuellement en clinique ou présentèrent des récidives, 35% ont une catamnèse muette.

La schizophrénie paranoïde a, sur le plan médical, un pronostic plus sombre que la catatonie [19]; sur le plan social, il n'en est pas de même; de nombreux paranoïdes chroniques manifestes pouvant fort bien retrouver une activité et une intégration sociale satisfaisantes.

Les «réhospitalisations» sont ici particulièrement fréquentes.

Pour 100 premières entrées, nous avons trouvé:

en 1917: 40 «réhospitalisations»
 en 1927: 60 «réhospitalisations»
 en 1937: 80 «réhospitalisations»
 en 1947: 110 «réhospitalisations»
 en 1954: 220 «réhospitalisations»
 en 1956: 250 «réhospitalisations»

Les catatonies

33% des premières entrées schizophréniques sont des catatonies, 37% des hommes, 30% des femmes. Nous avons trouvé parmi nos malades 1,2 fois plus d'hommes que de femmes.

L'âge de la première hospitalisation est assez précoce. Les hommes sont hospitalisés en moyenne avant les femmes.

Age	Hommes	Femmes
Moins de 20 ans	7%	12%
20-30 ans	54%	28%
30-40 ans	23%	32%
40-50 ans	7%	23%
Plus de 50 ans	9%	5%

Pour les cas non transférés, nous avons trouvé

71% des cas continuellement hospitalisés ou durent être «réhospitalisés» plus ou moins fréquemment;
 29% avec une catamnèse muette.

Les «réhospitalisations» ont-elles aussi augmenté, mais de façon moins régulière que pour les paranoïdes.

Pour 100 premières entrées, il y avait

en 1917: 140 «réhospitalisations»
 en 1927: 100 «réhospitalisations»
 en 1937: 82 «réhospitalisations»
 en 1947: 145 «réhospitalisations»
 en 1954: 240 «réhospitalisations»
 en 1956: 340 «réhospitalisations»

Les hébéphrénies

Les hébéphrénies ne représentent que 12% des premières entrées schizophréniques, 14% des hommes et 11% des femmes.

L'âge de la première hospitalisation est précoce.

Age	Hommes	Femmes
Moins de 20 ans	12%	12%
20-30 ans	54%	38%
30-40 ans	25%	20%
40-50 ans	7%	26%
Plus de 50 ans	2%	4%

86% des cas durent être gardés continuellement en clinique ou «réhospitalisés». 14% ont une catamnèse muette.

Ce dernier résultat confirme l'opinion généralement admise [19] qui veut que l'hébéphrénie ait le pronostic le plus sombre, parmi les différentes formes de la schizophrénie.

Les récidives semblent aussi avoir augmenté depuis 1917, mais les variations d'une année à l'autre rendent difficiles des conclusions valables.

«Divers»

Avant de terminer cette étude systématique de la schizophrénie, il nous faut dire encore quelques mots du groupe «divers», sous lequel nous avons regroupé des formes morbides rares, apparentées par leur symptomatologie à la maladie de *Bleuler*. Ces cas se prêtent mal à une étude statistique, puisque dans les 6 années considérées nous avons trouvé au total 47 premières entrées, soit moins de 10% des entrées schizophréniques totales et 21 «réhospitalisations», soit 3% des récidives totales. Dans la moitié des cas environ, le diagnostic posé était celui de psychose émotionnelle, l'autre moitié étant formée des psychoses paranoïaques involutives, des paranoïas, des paraphrénies, etc.

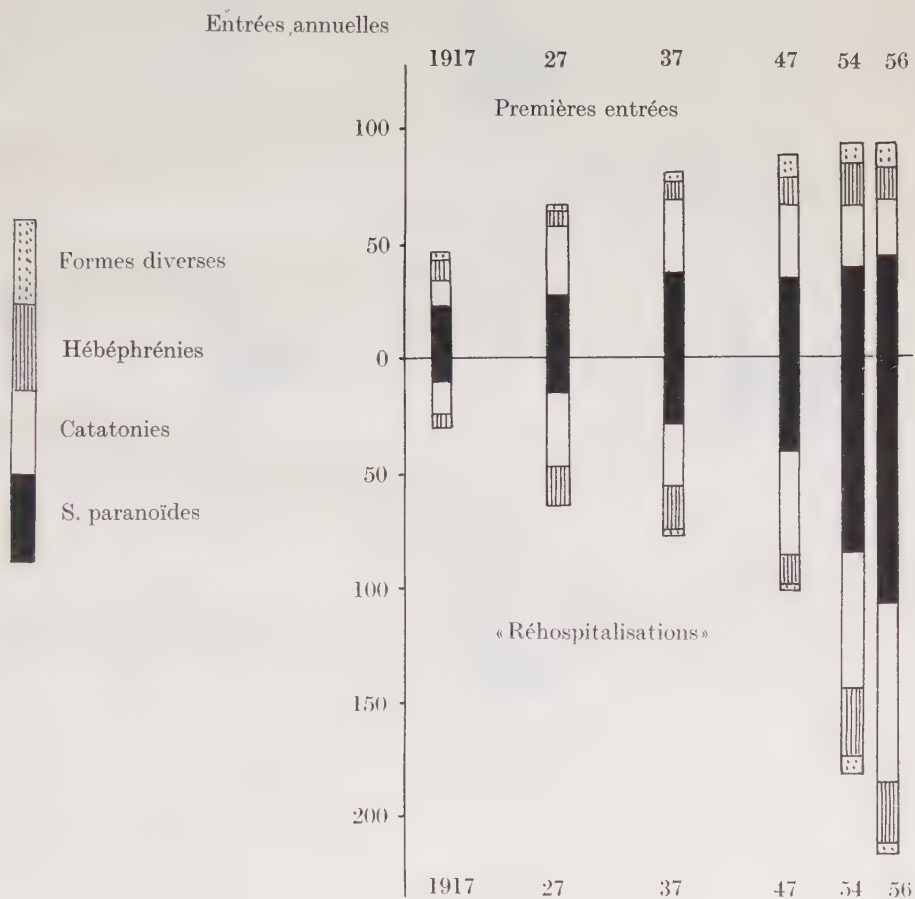
Le nombre des cas trouvés pour chacune de ces maladies est trop faible pour permettre une étude plus approfondie.

Conclusions

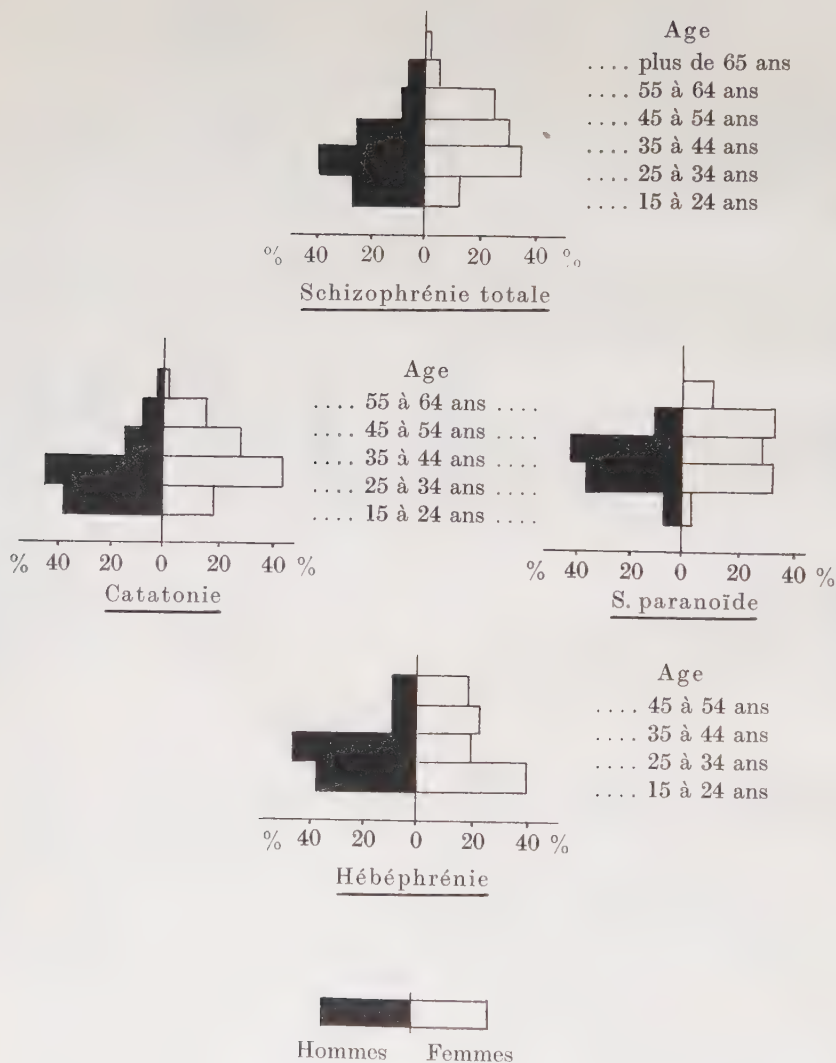
Après avoir reconnu que l'augmentation des entrées de schizophrènes à la Friedmatt était due principalement à l'accroissement des «réhospitalisations», il nous a été possible de démontrer que l'augmentation des premières entrées était la conséquence normale de l'augmentation de la population. Cette constatation nous a permis de calculer la morbidité de la schizophrénie pour le canton de Bâle-Ville. Cette morbidité s'élève à 1,54‰ — *Brugger* donnait, en 1929, le chiffre de 1,53‰ —, soit près de deux fois plus que dans les autres pays.

Nous avons, pour la schizophrénie en général et pour ses différentes formes en particulier, analysé l'âge auquel les malades sont hospitalisés pour la première fois. La forme paranoïde est la plus tardive, l'hébéphrénie la plus précoce. Les hommes tombent malades avant les femmes.

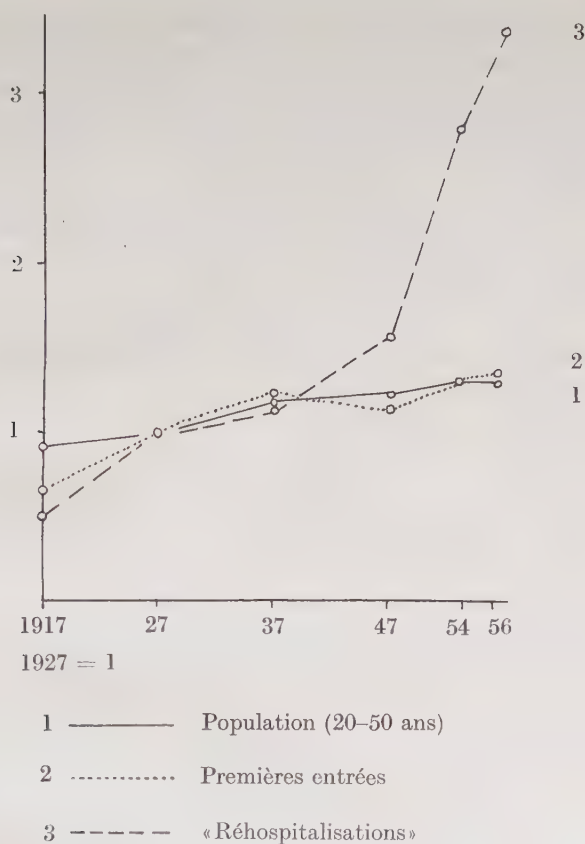
Quant aux renseignements catamnestiques, ils correspondent d'une façon générale aux chiffres indiqués par *Dukor*. L'hébéphrénie a de loin le pronostic le plus sombre.



La Schizophrénie



Age de la première Hospitalisation des Schizophrènes



La Schizophrénie

2. Du syndrome dépressif au syndrome psychopathique

Généralités

Le chapitre précédent nous a permis de traiter une maladie relativement bien définie: la schizophrénie. Il n'en est plus de même ici.

Sous le titre « Du syndrome dépressif au syndrome psychopathique », nous avons regroupé des formes morbides aux limites souvent imprécises, telles les réactions anormales ou les psychopathies constitutionnelles. La séparation des maladies psychiques en groupes clairement définis est nécessaire pour une étude statistique, elle risque pourtant de schématiser à l'extrême, en classant dans des groupes étanches des malades dont la symp-

tomatologie est multiple. C'est la raison pour laquelle, soucieux de donner une image aussi fidèle que possible de l'évolution de la Friedmatt au cours de ces quarante dernières années, nous avons, dans certains cas, fait précéder l'étude systématique des maladies, d'une rapide étude des syndromes morbides principaux.

Le syndrome dépressif

Au cours de ces quarante dernières années, le nombre de malades présentant un syndrome dépressif a considérablement augmenté [20], ainsi que permet de le voir le tableau suivant:

Malades présentant un syndrome dépressif:

Années	Premières entrées	« Réhospitalisations »
1917	17	3
1927	20	21
1937	61	44
1947	80	51
1954	121	106
1956	123	138

En 1917, le syndrome dépressif se rencontrait dans 12% des premières entrées; en 1956 dans 23%!

Comment comprendre cette augmentation générale du syndrome dépressif? Trouve-t-on plus de dépressifs parmi toutes les maladies en général, ou bien cette augmentation n'est-elle due qu'à l'accroissement des maladies dépressives proprement dites: mélancolies, dépressions involutives et dépressions psychoréactionnelles?

En 1917, les mélancolies, les dépressions involutives et les dépressions psychoréactionnelles formaient 88% du syndrome dépressif, en 1956 le 88% également. Les états dépressifs qu'on rencontre dans l'oligophrénie grave, dans l'épilepsie, l'alcoolisme ou les démences ne dépassent jamais 12% du syndrome, et ce pourcentage est resté pratiquement constant depuis 40 ans. L'étude du syndrome dépressif se confond donc largement avec l'étude des mélancolies, des dépressions involutives et des dépressions psychoréactionnelles.

La psychose intermittente maniaque dépressive

Il est classique de dire que dans la psychose maniaque dépressive les épisodes maniaques sont plus rares que les épisodes dépressifs [19, 21]. Nos chiffres ne contredisent pas cette doctrine, puisque sur 249 entrées, nous avons trouvé 82% de mélancolies et 18% de manies. 60% des maniaques sont des hommes; 68% des mélancoliques sont des femmes.

Comme son nom l'indique, la maladie est caractérisée par l'apparition d'épisodes morbides successifs. Aussi, trouvons-nous depuis toujours, de nombreuses récives. L'augmentation relative des « réhospitalisations » au cours des quarante dernières années est pourtant évidente, surtout à partir de 1947, puisqu'en 1917 on comptait en moyenne une « réhospitalisation » pour une nouvelle entrée et en 1956, 3 « réhospitalisations » pour un nouveau malade (voir tableau ci-dessous).

Abordons maintenant le problème de l'augmentation en général des malades souffrant de psychose maniaque dépressive intermittente. Les nouveaux malades qui entrent annuellement à la Friedmatt sont peu nombreux. Les «étrangers» qui, jusqu'en 1927, n'étaient pas représentés, formaient, en 1956, le 60 % des premières entrées. Cette augmentation des étrangers resterait à expliquer en soi, mais, pour cette étude, nous les avons simplement déduits de nos effectifs.

Années	Premières entrées	Malades bâlois	« Réhospitalisations »
1917	5	5	4
1927	8	8	15
1937	12	7	13
1947	14	11	12
1954	23	18	61
1956	19	7	53

Ces chiffres, on le voit, ne permettent en aucune façon [20] de conclure à une augmentation des malades nouveaux! Si, tenant compte du fait que 88 % des malades ont été hospitalisés pour la première fois entre 20 et 50 ans, on essaye – comme pour la schizophrénie – de calculer la morbidité de la psychose maniaque dépressive intermittente pour le canton de Bâle-Ville, on obtient le résultat de 0,25 %. On devrait donc trouver à Bâle environ 530 malades souffrant de cette maladie, 160 hommes et 370 femmes.

Ce taux de morbidité de 0,25 % correspond assez bien aux normes généralement admises. *Brugger* prétendait, en 1929 [12, 18], que la schizophrénie mise à part, la morbidité des autres psychoses était, à Bâle, à peu près la même que dans les autres pays. Ce même auteur fixait la morbidité de la psychose maniaque dépressive en Thuringe à 0,11 %. *Luxenburger* et *Schulz*, pour la Bavière, à 0,41 % [15, 17]. Le chiffre que nous indiquons se situe donc entre les deux.

Les dépressions involutives

Par dépressions involutives, nous entendons avec *Stachelin* [22, 20], les états dépressifs à caractère endogène survenant pour la première fois au cours de l'involution chez les malades dont l'hérédité n'est pas chargée de psychose maniaque dépressive intermittente.

Ces états se rencontrent aujourd'hui à la Friedmatt plus souvent qu'il y a 40 ans. On comptait 5 malades nouveaux en 1917; en 1956 on en dénombrait 30. Cette augmentation des premières entrées trouve son explication dans plusieurs phénomènes.

Jusqu'en 1947, tous les malades traités pour des dépressions involutives étaient domiciliés à Bâle; en 1956, les étrangers représentaient 33 % des premières entrées. L'afflux extérieur est donc une des sources importantes de cette augmentation.

Années	Premières entrées	Malades bâlois	« Réhospitalisations »
1917	5	5	1
1927	3	3	—
1937	8	7	11
1947	7	7	1
1954	21	15	27
1956	30	20	22

L'âge de la maladie se situe de préférence entre 50 et 65 ans. La première hospitalisation a eu lieu, en effet, dans

8% des cas avant 50 ans,
72% des cas de 50-64 ans,
20% des cas après 65 ans.

Or, la population de Bâle correspondante s'est accrue, en 40 ans, de 2,5 fois. C'est là encore une des raisons naturelles de l'augmentation des dépressions involutives. Pourtant, si l'augmentation des dépressions avait suivi une évolution identique à celle de la population, nous aurions dû trouver en 1956, 12 ou 13 premières entrées; en réalité, il y en avait 20. Cette différence est bien faible pour conclure à une augmentation de la morbidité des dépressions involutives en général! [20]

Il nous semble plus raisonnable d'expliquer cette augmentation soit par le fait qu'on pose aujourd'hui plus fréquemment le diagnostic de dépression involutive, soit que l'hospitalisation des malades ait lieu plus souvent. Nous avons montré, dans la première partie de ce travail, que certains indices permettaient de conclure qu'on hospitalise plus fréquemment les malades aujourd'hui qu'en 1917. Pour les indices retenus - naissances et décès à l'hôpital - cette augmentation s'élevait à 1,85 et 1,30 fois. Or, si c'est le même phénomène qui a joué dans l'augmentation des dépressions involutives, il devrait se chiffrer à 1,5, ce qui semble très possible. En effet, pour la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive intermittente l'indication de l'hospitalisation était, en 1917 déjà, aussi péremptoire qu'elle ne l'est aujourd'hui. Pour les autres maladies, et pour les dépressions involutives entre autres, ce n'était pas le cas. Pour ces autres maladies, il faut donc tenir compte de l'évolution générale.

Parmi les malades étudiés, 70 % étaient du sexe féminin, alors que la population âgée de 50 à 64 ans ne compte que 55 % de femmes. La morbidité chez les femmes semble donc plus élevée que chez l'homme.

Quant aux « réhospitalisations », elles ont augmenté dans une proportion plus grande que les premières entrées, mais les variations d'une année à l'autre sont si importantes, qu'une interprétation nous semble impossible.

Les réactions psychiques anormales

Un groupe de maladies comme celui-ci ne se laisse pas délimiter avec précision. Les réactions psychiques anormales, en effet, surviennent le plus souvent chez des individus dont la personnalité est troublée, et c'est juste-

ment cette anomalie qui permet bien souvent l'apparition de la réaction. A partir de quel moment faudra-t-il voir dans la réaction ou la constitution l'élément principal du diagnostic? C'est une question d'appréciation [25].

Afin d'éviter le plus d'erreurs possibles, nous avons adopté une attitude rigide et contestable, mais qui a le mérite de fournir des notions précises: dans tous les cas où une réaction anormale fut diagnostiquée, même associée à un autre diagnostic — psychopathie constitutionnelle ou névrose — nous avons considéré la réaction comme diagnostic principal. Mais, pour éviter de donner une idée trompeuse de l'état des malades, nous avons rappelé en temps voulu, les cas où la réaction était associée à un autre diagnostic.

Les dépressions psychoréactionnelles

Les dépressions psychoréactionnelles représentent la forme la plus fréquente des réactions anormales, ainsi que le montre le tableau suivant:

Années	Importance des dépressions réactionnelles par rapport aux réactions anormales totales:
1917	35%
1927	40%
1937	75%
1947	85%
1954	80%
1956	70%

Les dépressions réactionnelles représentent donc, depuis 1937, 70 à 85 % des réactions anormales totales; en 1917 et 1927, elles ne dépassaient pas 40 %.

En valeurs absolues, les dépressions réactionnelles n'ont cessé d'augmenter depuis 1927.

Années	Dépressions réactionnelles (premières entrées)
1917	6
1927	4
1937	28
1947	48
1954	57
1956	60

Comment comprendre cette augmentation?

Les «étrangers»? En 1954 seulement, leur importance était de 20 % environ; pour toutes les autres années ils représentaient moins de 10 % des premières entrées. Leur importance est donc négligeable. L'augmentation de la population ne nous donnera pas plus d'explication satisfaisante. En effet, l'âge où s'effectue la première hospitalisation ne présente pas de caractère spécifique.

Les malades ont été hospitalisés la première fois :

avant 20 ans	dans 10%	des cas
de 20 à 30 ans	dans 22%	des cas
de 30 à 40 ans	dans 32%	des cas
de 40 à 50 ans	dans 13%	des cas
de 50 à 60 ans	dans 13%	des cas
de 60 à 70 ans	dans 8%	des cas
après 70 ans	dans 2%	des cas

80 % des cas ont donc été hospitalisés entre 20 et 60 ans; la population correspondante a augmenté en 40 ans de 1,4 fois environ, et cette augmentation n'explique pas l'accroissement de près de 10 fois des dépressions.

Est-ce donc l'hospitalisation des malades qui s'est développée à ce point? C'est improbable.

Nous avons reconnu qu'une augmentation des entrées de 1,5 fois environ, pouvait, dans certains cas (dépressions involutives, démences séniles), être expliquée par la tendance actuelle d'hospitaliser plus fréquemment les malades. Pourtant ce phénomène ne saurait expliquer une augmentation de l'importance de celle des dépressions réactionnelles.

Il nous reste donc à admettre une augmentation de la morbidité des dépressions réactionnelles.

Cette conclusion appelle quelques remarques. Il est délicat de parler de « maladie » dans le cas des dépressions réactionnelles et des réactions anormales en général. Il s'agit en fait beaucoup plus d'une « crise » momentanée d'un individu en face d'une situation pour lui inextricable [7, 23]. Nous avons relevé, dans la première partie de ce travail, que le monde moderne, en augmentant la responsabilité individuelle et en stimulant des fantasmes le plus souvent irréalisables [24, 26], créait un terrain toujours plus favorable à l'éclosion de cette crise. D'autre part, la société requiert de l'individu aujourd'hui, dans une ville moderne tout au moins, une activité toujours plus spécialisée; elle exige de lui une présence constante et interdit tout égarement qui, 40 ans auparavant, serait peut-être passé inaperçu. Ainsi cette crise - phénomène à la fois social et individuel - frappe-t-elle aujourd'hui des individus toujours plus « normaux ». L'étude individuelle des cas de dépressions réactionnelles nous apporte d'ailleurs certaines confirmations à l'interprétation que nous venons de donner.

En 1917 et 1927, les quelques cas hospitalisés pour des dépressions réactionnelles étaient excessivement graves; l'indication d'hospitalisation était indiscutable; des cas semblables ne sont aujourd'hui ni plus ni moins fréquents qu'alors.

De 1927 à 1947, l'augmentation a porté sur les cas où la dépression était associée à un autre diagnostic, psychopathie constitutionnelle ou névrose. Dans la genèse de ces cas, l'anomalie de la personnalité semble donc avoir joué un rôle déterminant. Ce sont des malades mal adaptés à la vie réelle, prompts à réagir par des dépressions à leurs conflits. Ce sont naturellement pour ces cas que nous trouverons le plus de récidives.

Dès 1947, ce sont les dépressions réactionnelles pures qui ont augmenté. C'est ici le conflit extérieur trop pénible, qui déclenche chez des êtres - relativement « normaux » - la crise dépressive.

Le tableau suivant rend compte de cette évolution :

Années	Premières entrées	
	Dépressions réactionnelles « pures »	et autre diagnostic
1917	2	4
1927	1	3
1937	6	22
1947	8	40
1954	27	30
1956	26	34

Pour 100 premières entrées de dépressions réactionnelles « pures », nous avons trouvé 14 « réhospitalisations ».

Pour 100 premières entrées de dépressions réactionnelles associées à un autre diagnostic (constitution psychopathique ou névrose) 53 « réhospitalisations ».

57% des premières entrées étaient des femmes,

43% des hommes.

Les réactions anormales non dépressives

Von Baeyer [25] dans une étude statistique des réactions anormales parue en 1948, faisait remarquer combien les réactions anormales massives sont rares pendant les périodes d'anxiété et de tension générales. L'auteur tirait de ses constatations à la clinique de Nuremberg, dans la période d'après-guerre, des conclusions dans lesquelles il admet pour chaque période déterminée un style de réaction particulier. Il est possible que les conclusions de *von Baeyer* trouvent leur justification dans les pays durement secoués par les événements. La ville de Bâle n'a pas connu ces remous; nous n'avons pas trouvé non plus de style particulier à une époque précise. Les dépressions réactionnelles ont augmenté, nous l'avons vu, mais cet accroissement ne s'est pas fait au détriment d'une autre forme de réaction anormale! Les réactions hystériques et les réactions paranoïaques ne sont aujourd'hui ni plus ni moins fréquentes qu'en 1917; elles passent seulement inaperçues derrière le nombre croissant des dépressions réactionnelles. Il semblerait que les réactions anormales diverses, dont la majorité sont de simples états d'excitation, aient légèrement augmenté. Mais, les chiffres sont trop faibles pour permettre des conclusions valables, et nous nous contentons de soumettre ici au lecteur les chiffres bruts des premières entrées.

Années	Réactions hystériques	Réactions paranoïaques	Réactions diverses
1917	4	4	2
1927	2	1	—
1937	4	1	3
1947	5	—	8
1954	9	4	19
1956	7	6	18

Les névroses

Les névroses ont subi, en quarante ans, une évolution comparable à celle des dépressions réactionnelles. Il n'y a pas lieu de s'en étonner. Il est évident, en effet, que les raisons susceptibles de déclencher une « crise » dépressive chez un individu, même bien équilibré, risquent d'entraîner chez un être névrotique une phase morbide aiguë, nécessitant une hospitalisation [26].

Années	Premières entrées	Malades bâlois
1917	3	2
1927	6	2
1937	13	8
1947	19	13
1954	43	33
1956	49	38

Ainsi qu'on le voit, l'augmentation des premières entrées de malade, souffrant de névrose, est évidente, même si l'on tient compte de l'afflux des « étrangers ». Remarquons en outre que l'explication que nous avons donnée à cette augmentation n'est valable que pour les cas dans lesquels les facteurs exogènes jouent un rôle déterminant. Pour les névroses obsessionnelles, par exemple, où les moments endogènes sont au premier plan [7], nous ne devrions pas trouver d'accroissement important du nombre des entrées.

Années	Premières entrées (névroses obsessionnelles)
1917	0
1927	1
1937	2
1947	1
1954	2
1956	2

L'augmentation de la population ne joue pas dans l'accroissement des névroses un rôle important. La première hospitalisation a eu lieu, en effet, dans

16% des cas avant 20 ans
 20% des cas de 20-30 ans
 30% des cas de 30-40 ans
 24% des cas de 40-50 ans
 10% des cas après 50 ans.

La population correspondante n'a augmenté, en quarante ans, que de l'ordre de 1,5 fois.

Quant aux « réhospitalisations », elles ont augmenté certes, mais dans la même proportion que les premières entrées. D'une façon générale, nous avons trouvé 60 « réhospitalisations » environ pour 100 premières entrées. Nous n'avons pas trouvé, comme pour les schizophrènes, par exemple, de forte augmentation des « réhospitalisations » à partir de 1954. Ceci pourrait, dans une certaine mesure, confirmer les résultats assez décevants obtenus avec les phénothiazines dans le traitement des névroses [10].

Les constitutions psychopathiques

Nous nous proposons de traiter ici le syndrome psychopathique et les psychopathies constitutionnelles en tant que maladies. Les malades formant ce deuxième groupe sont appelés aussi dans la littérature allemande psychopathes « asilaires » (asylierte Psychopathen) [27, 30].

Le diagnostic de psychopathie constitutionnelle a été posé, en 1917, dans 19 cas; en 1956, dans 136 (premières entrées). Les constitutions psychopathiques sont donc très fréquentes, puisque par leur importance numérique, elles dépassent aujourd'hui le syndrome dépressif.

Années	Premières entrées	% des premières entrées totales
1917	19	13%
1927	37	18%
1937	81	26%
1947	86	24%
1954	90	19%
1956	136	25%

Cette augmentation ne touche, dans sa majeure partie, que le syndrome psychopathique, c'est-à-dire les seuls cas où la psychopathie était associée à un autre diagnostic.

Années	Ensemble de toutes les psychopathies = 100	
	Syndrome psychopathique	Psychopathes « asilaires »
1917	31%	69%
1927	49%	51%
1937	64%	36%
1947	64%	36%
1954	81%	19%
1956	80%	20%

Cette augmentation des constitutions psychopathiques est donc liée à l'accroissement des maladies, parmi lesquelles on rencontre souvent des constitutions psychopathiques.

Quelles sont ces maladies?

D'une façon générale, nous avons trouvé une constitution psychopathique dans

- 61% des réactions anormales
- 44% des toxicomanies (morphine, petits analgés)
- 26% des cas d'alcoolisme
- 4% de toutes les autres maladies.

Ainsi, l'augmentation des constitutions psychopathiques est-elle le résultat de l'accroissement de maladies diverses, dans la genèse desquelles l'anomalie de la constitution semble jouer un rôle déterminant.

Les psychopathes « asilaires » n'ont, quant à eux, que peu augmenté :

Années	Premières entrées	Malades bâlois
1917	13	8
1927	19	12
1937	29	24
1947	31	23
1954	17	8
1956	27	17

Ces malades ont été hospitalisés pour la première fois :

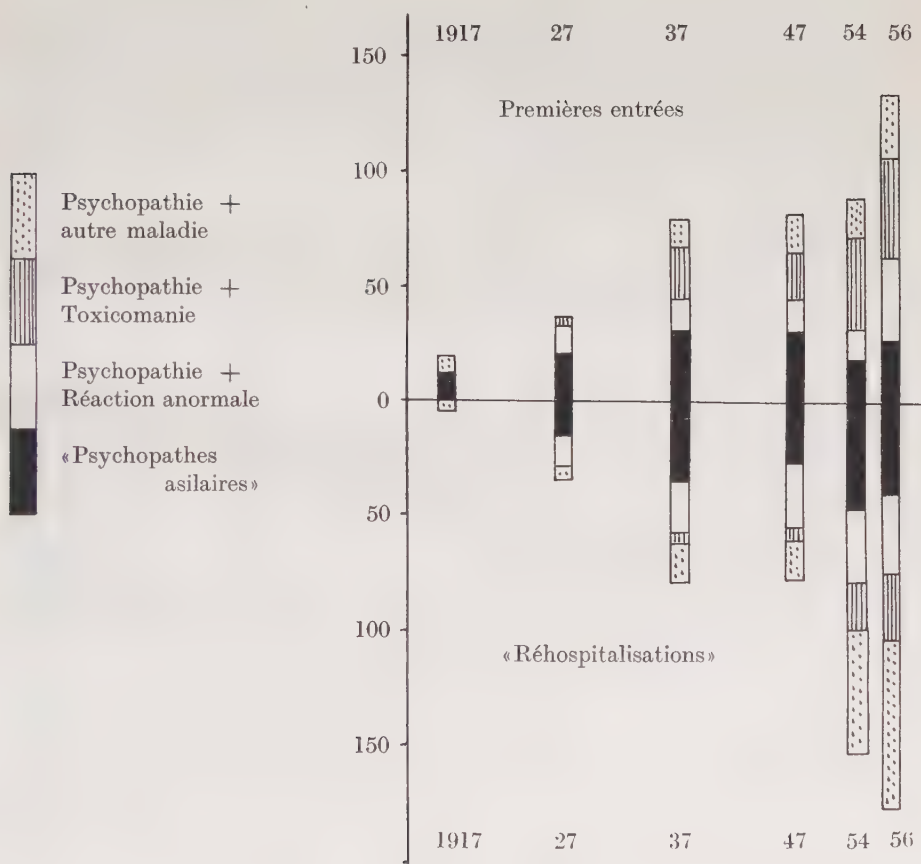
dans 15% des cas avant 20 ans
 dans 40% des cas de 20-30 ans
 dans 23% des cas de 30-40 ans
 dans 22% des cas après 40 ans.

De nombreux cas étaient des cas d'expertise; les autres étaient des cas graves, où le diagnostic s'imposait d'emblée. Pour ces cas, l'indication de l'hospitalisation a toujours été plus ou moins péremptoire et il est normal de ne pas trouver d'augmentation. Malgré les grandes variations qu'on a pu constater d'une année à l'autre, nous avons essayé de calculer approximativement, comme pour la schizophrénie, la morbidité des « psychopathes asilaires » pour le canton de Bâle-Ville. Cette morbidité s'élève, d'après nos calculs, à 0,43 %. Nous devrions donc trouver actuellement à Bâle environ 930 « psychopathes asilaires », dont, tenant compte du fait que 71 % des cas étaient des hommes et 29 % des femmes, 660 hommes et 270 femmes.

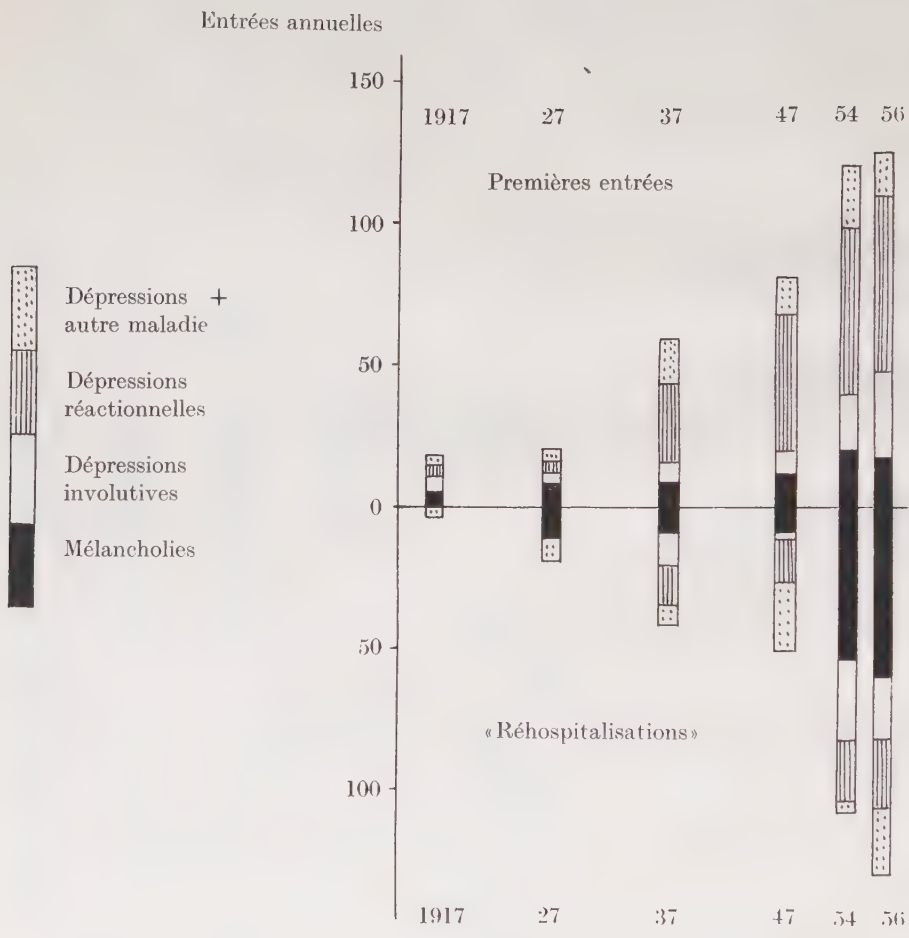
Brugger, déjà cité à propos des schizophrènes [12, 18], donnait également le chiffre de 0,43 % pour la morbidité de cette maladie. Il convient de souligner ici encore l'identité des résultats de *Brugger* et des nôtres, résultats obtenus par des méthodes différentes. Remarquons que ce chiffre de 0,43 % correspond d'une façon générale aux morbidités généralement admises dans d'autres pays par d'autres auteurs. *Luxenburger* et *Schulz* donnaient respectivement comme valeurs 0,29 et 0,80 %; plus récemment, *Strömberg* indiquait pour les pays nordiques le taux de 0,53 % [15, 17].

Il nous reste à dire quelques mots des « réhospitalisations ». Elles ont augmenté de façon sensible, puisque pour 100 premières entrées en 1927, on trouvait 50 « réhospitalisations » et, en 1956, 150. Mais, les variations sont trop fortes d'une année à l'autre pour permettre des conclusions sur cette évolution.

Entrées annuelles



Le Syndrome Psychopathie constitutionnelle



Le Syndrome dépressif

3. Les Toxicomanies

Ce chapitre est une étude de maladies très diverses regroupées un peu artificiellement sous le titre de « Toxicomanies ». L'alcoolisme, en effet, aussi bien par son importance numérique que par ses manifestations cliniques, ne saurait être comparé sans réserve aux autres maladies comprises généralement sous ce titre, mais l'intérêt de ce regroupement est justement de nous permettre de mieux saisir la grande différence quantitative qui existe entre l'alcoolisme et les autres toxicomanies.

En règle générale, on trouve actuellement pour 100 malades hospitalisés pour la première fois pour une forme quelconque d'alcoolisme 1 ou 2 morphinomanes (morphine et ses dérivés) et 10 ou 12 autres toxicomanes (sommifères, petits analgésiques, analeptiques). Pour cette étude, l'alcoolisme est évidemment la forme morbide la plus importante, les autres formes se prêtant mal, vu le petit nombre de cas, à une analyse statistique.

L'alcoolisme

La consommation abusive d'alcool peut entraîner des troubles multiples, d'ordre strictement médico-psychiatrique et d'ordre social.

Les premiers, tel le *delirium tremens*, ont gardé aujourd'hui le même caractère pathologique qu'ils avaient en 1917; les seconds, tel l'alcoolisme chronique, ont, avec l'évolution de la société, considérablement changé d'importance.

Ce qu'on supportait tant bien que mal de l'alcoolisme chronique en 1917 comme un pénible état de chose, est devenu, en 1956, un fléau contre lequel on s'insurge et dans la lutte duquel on a la possibilité et le devoir d'intervenir. L'intolérance du milieu devant la déchéance du malade [34] déclenche une crise qui amène le malade à se faire traiter aujourd'hui plus vite que quarante ans auparavant.

Ces quelques remarques n'ont qu'un but, nous faire comprendre les modifications profondes survenues depuis 1917 dans l'importance de différentes formes morbides de l'alcoolisme.

En 1917, sur 12 premières entrées pour alcoolisme, on trouvait :

42%	de <i>delirium tremens</i>
25%	d'alcoolisme chronique
25%	d'ivresses
8%	de formes diverses

Depuis 1917, l'importance du *delirium tremens* n'a cessé de diminuer, passant à

38%	en 1927
16%	en 1937
13%	en 1947
11%	en 1956.

Inversément, l'alcoolisme chronique ne cessait de s'accroître, passant de 25% en 1917 à 73% en 1956.

En 1956, sur 113 premières entrées pour alcoolisme, on trouvait:

11% de delirium tremens
73% d'alcooliques chroniques
8% d'ivresses,
8% formes diverses

Ces chiffres nous montrent donc combien il faut être prudent, si l'on veut comparer l'alcoolisme en 1917 et 1956. En tout cas, le nombre des premières entrées de malades souffrant d'une forme quelconque d'alcoolisme ne nous permet en aucune façon de tirer des conclusions sur l'alcoolisation en général de la population bâloise.

Le delirium tremens

Plus que le nombre des entrées totales pour alcoolisme, le nombre de délirants entrant annuellement pour la première fois à la Friedmatt devrait nous donner un indice sur la fréquence des alcooliques graves à Bâle. Le delirium tremens, en effet, est un diagnostic évident, il n'apparaît que chez des alcooliques chroniques graves; l'hospitalisation du délirant a toujours été plus ou moins péremptoire. Une restriction doit être faite pourtant, dans l'utilisation de la fréquence du delirium comme indice de l'alcoolisation d'une population en général; depuis 40 ans, la consommation d'eau-de-vie a diminué de façon notoire; or, il est généralement admis que l'eau-de-vie entraîne plus rapidement que le vin la crise de delirium [46, 31].

Examinons maintenant l'évolution du delirium tremens au cours de ces quarante dernières années à la Friedmatt. Le tableau suivant rend compte des premières entrées totales et des malades domiciliés à Bâle.

Années	Premières entrées totales	Malades bâlois
1917	5	4
1927	13	11
1937	6	6
1947	6	5
1954	8	4
1956	13	8

Ces chiffres sont assez explicites par eux-mêmes pour nous épargner de longs commentaires. Les cas de délirants n'ont certainement pas augmenté depuis 1917; on a même l'impression, tenant compte de l'augmentation de population, d'une légère diminution.

86% des cas sont des hommes, 14% des femmes.

Les récidives sont pour l'ensemble des cas 3 fois plus rares que les premières entrées.

Les malades ont été hospitalisés pour la première fois :

dans 16% des cas de 20-35 ans
 dans 60% des cas de 35-50 ans
 dans 24% des cas après 50 ans.

La maladie de Korsakoff

Pour les six années considérées, nous n'avons trouvé au total que 21 cas. C'est-à-dire qu'une analyse statistique est illusoire.

70% des malades sont des hommes;
 la première hospitalisation a eu lieu

dans 45% des cas entre 35 et 50 ans
 dans 37% des cas de 50 à 65 ans
 dans 18% des cas après 65 ans.

Les ivresses

Même réserve ici que pour la maladie de Korsakoff. Nous avons trouvé au total pour les 6 années considérées, 26 cas d'ivresses.

La grande majorité sont des hommes (90%).
 La première hospitalisation a eu lieu

dans 54% des cas de 20 à 35 ans
 dans 39% des cas de 35 à 50 ans
 dans 7% des cas après 50 ans.

L'alcoolisme chronique

L'alcoolisme chronique est au centre du problème de l'alcoolisme en général. C'est aujourd'hui aussi la forme morbide la plus fréquente de l'alcoolisme, puisque 73% des cas d'alcoolisme, sont des alcooliques chroniques.

Depuis 1917, les cas d'alcoolisme chronique n'ont cessé d'augmenter, tant en valeur absolue qu'en valeur relative.

Années	Premières entrées	% par rapport à l'alcoolisme total
1917	3	25%
1927	15	42%
1937	16	42%
1947	12	71%
1954	47	77%
1956	83	73%

Pour mieux comprendre cette augmentation de l'alcoolisme chronique, il convient d'abord de tenir compte des «étrangers», et de distinguer entre l'alcoolisme chronique chez la femme et chez l'homme. La différence qui existe, en effet, entre l'alcoolisme de la femme et celui de l'homme, justifie cette distinction [32, 33].

Années	Premières entrées totales		Malades bâlois	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1917	3	—	3	—
1927	15	—	15	—
1937	15	1	15	1
1947	27	5	23	5
1954	41	6	29	6
1956	55	28	44	26

Les étrangers ne jouent donc un rôle qu'à partir de 1947, et pour les hommes seulement.

De ce tableau ressort clairement que l'alcoolisme chronique est chez la femme une maladie relativement jeune, pratiquement inconnue jusqu'en 1947. L'importance de cet alcoolisme chez la femme n'atteint pas encore l'importance de l'alcoolisme chronique chez l'homme. Pourtant, l'augmentation des entrées de sexe féminin de 1954 à 1956 (+ 20 cas) alors que pour les hommes l'augmentation n'était que de 15 cas, permet de supposer que les différences quant au nombre d'entrées annuelles, iront s'atténuant.

On insiste souvent sur la différence qui existe entre le caractère du buveur et celui de la femme qui s'adonne à l'alcool [32, 33]. Le buveur classique est présenté généralement comme un être très sociable qui se laisse facilement entraîner par ses compagnons d'auberge; la femme qui tombe dans l'alcoolisme chronique est le plus souvent une personnalité déséquilibrée, l'abus de boisson est chez elle un acte de découragement et d'abandon. Si tel est le cas, nous devrions donc trouver plus souvent chez la femme que chez l'homme un second diagnostic caractérisant en quelque sorte la personnalité psychopathique du malade.

Dans le tableau ci-après, nous présentons séparément les cas où l'alcoolisme chronique a été le seul diagnostic, et ceux où l'alcoolisme chronique était accompagné d'un second diagnostic, le plus souvent celui de psychopathie constitutionnelle.

Premières entrées d'alcoolisme chronique:

Années	Diagnostic unique		Avec autre diagnostic (psych. const.)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1917	—	—	3	—
1927	4	—	11	—
1937	2	—	13	1
1947	14	5	13	—
1954	33	4	8	2
1956	45	14	10	14

En 1956 donc, l'alcoolisme chronique « pur » représentait chez l'homme 80 % de l'alcoolisme chronique total; chez la femme, il n'en représentait que le 50 %. Ces chiffres confirment la différence que nous avons relevée entre l'alcoolisme chez l'homme et chez la femme.

Le tableau ci-dessus nous permet, en outre, de constater une évolution intéressante parmi les cas d'alcoolisme chronique chez l'homme.

En 1917, dans tous les cas, on a diagnostiqué, à côté de l'alcoolisme chronique, une psychopathie constitutionnelle. En 1927 et 1937, ce sont encore ces cas, qui dominent très nettement (75%).

En 1947, on trouve à peu près le même nombre de formes «pures» et de psychopathes. Enfin, dès 1954, les psychopathes ne se rencontrent plus que dans 20% des cas d'alcoolisme chronique environ.

Comment comprendre cette évolution?

Serait-ce qu'on pose aujourd'hui plus rarement qu'en 1917 ou 1927 le diagnostic de psychopathie constitutionnelle? Il est possible qu'on ressente moins aujourd'hui le besoin de justifier dans un certain sens le diagnostic d'alcoolisme chronique. Pourtant, nous ne pensons pas que ce soit là le point essentiel. Il nous semble plus raisonnable d'admettre, en effet, que, jusqu'en 1927, seuls les cas excessivement graves ont été hospitalisés. De 1927 à 1947, l'hospitalisation s'est étendue aux buveurs impénitents, chez lesquels l'anomalie de la personnalité joue un rôle prépondérant. De 1947 à 1956, ce sont des cas toujours plus «bénins» qui purent profiter d'un traitement clinique. Les possibilités données par les traitements modernes – antabus entre autres – ont certainement contribué à convaincre des malades, désireux de guérir, à se faire soigner à la Friedmatt. Il est évident, en outre, que la lutte anti-alcoolique menée avec une énergie particulière par le professeur *Stachelin* et ses collaborateurs n'est pas restée sans effet [35].

Si l'interprétation que nous venons de donner de l'augmentation des cas d'alcoolisme chronique est conforme à la réalité, nous devrions en trouver une preuve dans la façon dont les «réhospitalisations» ont évolué. On devrait s'attendre, en effet, à trouver des récidives et des rechutes particulièrement nombreuses pour les années 1927 à 1947, tandis que pour 1956 elles devraient être moins fréquentes.

Pour 100 premières entrées, on trouvait en

1917:	30 «réhospitalisations»
1927:	110 «réhospitalisations»
1937:	180 «réhospitalisations»
1947:	110 «réhospitalisations»
1954:	130 «réhospitalisations»
1956:	60 «réhospitalisations».

La première hospitalisation a eu lieu

dans	1% des cas avant 20 ans
dans	7% des cas de 20–30 ans
dans	26% des cas de 30–40 ans
dans	30% des cas de 40–50 ans
dans	19% des cas de 50–60 ans
dans	15% des cas après 60 ans.

Avant de quitter le problème de l'alcoolisme chronique, il nous a semblé intéressant d'analyser rapidement les cas d'alcoolisme chronique qu'on rencontre parmi les autres malades psychiques, c'est-à-dire les cas où l'alcoolisme chronique a été posé comme diagnostic secondaire.

Nous avons trouvé 9 cas en 1917, 18 cas en 1956. Ces cas sont donc rares. Dans plus de la moitié des cas, le diagnostic principal était celui d'une démence artériosclérotique ou sénile.

Les autres toxicomanies

Les toxicomanies, autres que l'alcoolisme, se prêtent mal, nous l'avons déjà signalé, à une étude statistique. Les nombres de cas traités annuellement sont, en effet, peu élevés [36].

En outre, on ne saurait regrouper des formes morbides aussi diverses que les morphinomanies et les abus chroniques de petits analgésiques, sans fausser les données du problème. C'est la raison pour laquelle nous avons distingué deux grands groupes :

1. L'abus chronique de morphine et de ses dérivés, des grands analgésiques de synthèse.
2. Abus chroniques de somnifères, de petits analgésiques et d'excitants.

Le tableau suivant rend compte du nombre d'entrées annuelles de chacun de ces groupes.

Années	Premières entrées	
	Grands analgésiques	Petits analgésiques, etc.
1917	1	—
1927	2	—
1937	2	—
1947	4	2
1954	8	11
1956	2	13

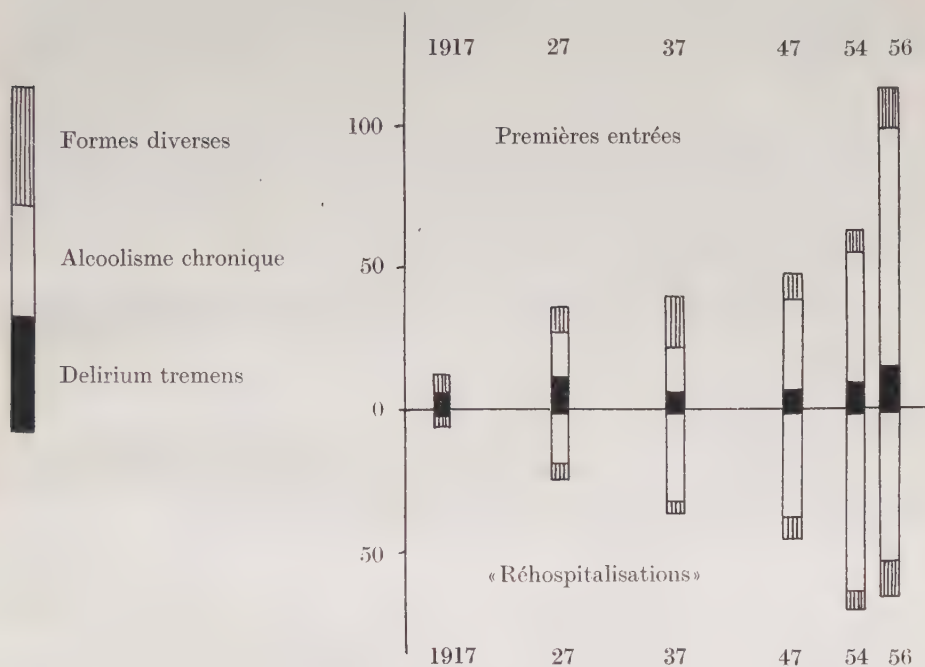
De ces chiffres, il ressort :

1. que les cas de morphinomanie sont aussi rares en 1956 qu'ils ne l'étaient en 1917;

2. qu'une nouvelle forme morbide s'est développée rapidement au cours de ces dix dernières années : l'abus chronique de somnifères, de petits analgésiques et d'excitants, ces trois médicaments étant le plus souvent associés dans la même spécialité pharmaceutique. Comment s'étonner d'ailleurs de cette évolution devant l'accroissement inconsideré et la réclame insensée de nouvelles spécialités ?

Nous avons ici un exemple pénible de l'incurie de l'autorité devant les intérêts financiers. Le danger que représente les « poudres » analgésiques diverses est connu. Aucune mesure restrictive pourtant n'a encore été prise dans la vente de ces produits, quand même le nombre de cas hospitalisés pour ces « petites toxicomanies » est six fois plus grand que le nombre des morphinomanies !

Entrées annuelles



L'Alcoolisme

4. Les démences

Généralités

Nous avons regroupé dans ce chapitre les démences artériosclérotiques et séniles, les démences syphilitiques et les autres formes démentielles d'origines traumatique, tumorale, etc. Nous avons déjà traité la maladie de Korsakoff dans le chapitre consacré à l'alcoolisme; quant aux autres démences qu'on rencontre dans l'épilepsie, par exemple, leur importance numérique est insignifiante.

L'importance des démences, par rapport aux autres maladies, est restée pratiquement constante depuis 1917.

Les démences représentaient en effet

- 19% des premières entrées en 1917
- 23% des premières entrées en 1927
- 23% des premières entrées en 1937
- 25% des premières entrées en 1947
- 26% des premières entrées en 1954
- 20% des premières entrées en 1956

Ainsi les démences se sont accrues de façon proportionnelle à l'ensemble des premières entrées; voyons maintenant quelles sont les formes qui ont le plus augmenté.

Les démences artériosclérotiques et séniles

Parmi les démences, les formes artériosclérotiques et séniles occupent une place de choix, puisque, suivant les années, elles en représentent de 52 % (1927) à 90 % (1956). Le nombre des premières entrées n'a cessé d'augmenter depuis 1917, passant de 20 à 99 en 1956. C'est donc un accroissement de près de 5 fois que nous devons chercher à expliquer.

1. L'importance des «étrangers» est ici négligeable, puisqu'ils ont passé de 11 % en 1917 à 5 % des premières entrées en 1956.

2. Le vieillissement de la population nous donnera une explication déjà plus satisfaisante.

En effet, l'âge de la première hospitalisation de ces malades se répartit de la façon suivante:

Age	% des premières entrées
avant 50 ans	2%
50-54 ans	8%
55-59 ans	5%
60-64 ans	9%
65-69 ans	18%
70-74 ans	21%
75-79 ans	17%
plus de 80 ans	20%

Ainsi plus de 75 % de ces malades ont été hospitalisés après 65 ans. La population correspondante de Bâle de 6500 personnes en 1917 a passé à 22 000 en 1956. Le tableau suivant rend compte de l'évolution des premières entrées pour démences artériosclérotiques et séniles de la population de Bâle, âgée de plus de 65 ans.

Les valeurs trouvées pour 1917 ont été posées égales à 1.

Années	1917 = 1,0			
	Premières entrées (entre parenthèses, les valeurs absolues)		Population	
1917	1,0	(20)	1,0	(6 500)
1927	1,3	(25)	1,3	(8 500)
1937	1,9	(37)	1,9	(12 500)
1947	3,1	(63)	2,8	(18 000)
1954	5,2	(104)	3,2	(21 000)
1956	4,9	(99)	3,4	(22 000)

Ainsi les premières entrées se sont accrues un peu plus rapidement, et ceci surtout à partir de 1947, que la population ne le laissait attendre. Si les entrées, en effet, avaient augmenté dans la même proportion, nous aurions dû trouver en 1956, 68 premières entrées au lieu de 99.

Il nous reste donc une augmentation de 1,4 fois (99 : 68) à expliquer.

3. Nous pensons que cet accroissement de 1,4 fois est la conséquence de la tendance actuelle d'hospitaliser plus vite les malades. Cette tendance, que nous avons analysée dans la première partie de ce travail, s'est manifestée particulièrement après la fin de la guerre; il est bien possible qu'entre autres facteurs, la crise du logement, assez sévère à Bâle, ait joué un rôle important. Nous avons reconnu pour les naissances et les décès que cette tendance à hospitaliser était pour les naissances de 1,85 fois plus fréquente aujourd'hui qu'en 1917, pour les décès de 1,30 fois. Pour les démences artériosclérotiques et séniles, cette même tendance serait donc de 1,4 fois plus fréquente qu'en 1917, ce qui semble très possible.

4. Il est évident que le nombre des premières entrées de démences artériosclérotiques et séniles à la Friedmatt ne nous permet pas de calculer la morbidité de cette maladie pour le canton de Bâle-Ville. En effet, seules les formes agitées sont justiciables d'un traitement en clinique psychiatrique, beaucoup de déments tranquilles peuvent être gardés soit dans leur famille, soit placés dans des asiles de vieux. En outre, cette morbidité est fonction du vieillissement de la population.

A ce propos, nous présentons dans le tableau suivant le nombre de déments qui, pour 1000 habitants de différentes classes d'âge entrent annuellement à la Friedmatt. Encore une fois, nous insistons sur ce fait que ces chiffres ne donnent pas de renseignements sur la morbidité, mais nous pouvons admettre à bon droit que la répartition trouvée ici correspond à la répartition générale des déments suivant l'âge [38].

Age	Premières entrées pour 1000 habitants
50-54 ans	0,28
55-59 ans	0,25
60-64 ans	0,50
65-69 ans	1,30
70-74 ans	2,30
75-79 ans	3,00
plus de 80 ans	7,25

Ce tableau montre de façon particulièrement évidente la fonction de l'âge dans la morbidité des démences artériosclérotiques et séniles.

Sur les 2088 premières entrées que nous avons étudiées, nous avons dénombré 1124 femmes et 964 hommes, soit 1,2 fois plus de femmes que d'hommes. D'où vient cette différence? L'étude de la population nous montre que, au-dessus de 65 ans, il y a 1,6 fois plus de femmes que d'hommes. Pourquoi parmi nos malades n'y en a-t-il que 1,2 fois plus?

On pourrait admettre que la morbidité est plus forte chez l'homme que chez la femme! Nous croyons quant à nous qu'il serait plus raisonnable de

chercher l'explication de cette différence dans les plus grandes facilités données aux femmes âgées de trouver un home ou un asile [37].

Les démences syphilitiques

Les démences syphilitiques ont suivi la même évolution que la syphilis en général: même si elles n'ont pas encore totalement disparu, elles sont actuellement de plus en plus rares.

Le tableau ci-dessous permet de suivre avec netteté l'augmentation des premières entrées, suivie, depuis 1937, d'une spectaculaire diminution. Les «réhospitalisations» ont été fréquentes en 1937; l'étude individuelle des cas nous a permis de voir combien fréquents étaient alors les malades qui entraient de plein gré à la Friedmatt pour une prétendue «cure de consolidation».

Années	Premières entrées	«Réhospitalisations»
1917	8	1
1927	18	6
1937	18	20
1947	9	4
1954	6	9
1956	1	2

80% des cas sont des paralysies générales.

Plus de 70% des malades sont des hommes.

La première hospitalisation a eu lieu dans

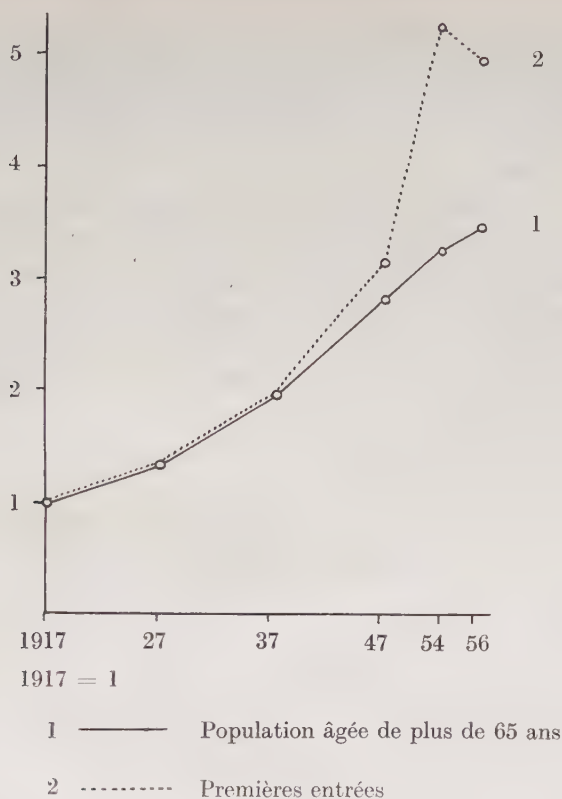
27% des cas entre 30 et 40 ans
 39% des cas entre 40 et 50 ans
 27% des cas entre 50 et 60 ans
 7% des cas après 60 ans.

Les autres démences

Il nous faut dire encore quelques mots des autres formes démentielles, d'origines traumatique, tumorale, etc. Ces formes sont rares, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau suivant.

Années	Premières entrées
1917	—
1927	6
1937	14
1947	20
1954	20
1956	11

Plus de la moitié des cas sont des démences posttraumatiques; les chiffres sont trop faibles pour se prêter à une analyse plus détaillée.



Les Démences artério-sclérotiques et séniles

5. Divers

L'oligophrénie

D'une façon générale, l'oligophrénie pose davantage un problème social que psychiatrique. Aussi le nombre relativement faible d'entrées d'oligophrènes à la Friedmatt ne doit pas nous étonner particulièrement, et surtout il ne nous permet pas de conclure à une morbidité relativement faible de l'oligophrénie à Bâle.

Deux cas assez différents peuvent se présenter, suivant qu'il s'agit d'un état d'excitation chez un imbécile ou un idiot, ou d'un trouble quelconque chez un débile. Le débile, par définition, est apte, malgré sa déficience intellectuelle, à s'intégrer dans une vie sociale simple; il peut même y acquérir une

certaine indépendance. Pourtant, plus que tout autre, il est sujet à des réactions pathologiques. Dans l'étude qui suit, nous avons par principe admis que le diagnostic de débilité était toujours un diagnostic secondaire. Nous avons évité de traiter de la « maladie » débilité, pour ne considérer que le syndrome oligophrénique simple.

La situation est différente pour les cas d'oligophrénie grave, l'imbécillité et l'idiotie. La déficience est ici tellement grave, qu'elle suffit à elle seule à entraîner l'hospitalisation. Nous pensons, par exemple, aux états d'excitation qui peuvent survenir chez les idiots : il n'est plus possible de les interpréter comme des réactions pathologiques, mais le caractère endogène de ces troubles les classe au rang de syndrome de la maladie même [39].

Telles sont les raisons pour lesquelles on trouvera ci-après une étude du syndrome débile, suivie de celle des cas d'oligophrénie grave, considérée alors comme une entité morbide.

Le syndrome oligophrénique simple

De 1917 à 1937, le nombre de cas chez lesquels le diagnostic de débilité mentale a été posé s'est accru; depuis 1937, il a légèrement diminué.

Années	Premières entrées	« Réhospitalisations »	% de débiles parmi les premières entrées
1917	7	6	5%
1927	9	8	4%
1937	30	23	10%
1947	31	30	9%
1954	22	37	5%
1956	29	55	5%

Nous avons trouvé comme diagnostic primaire

une psychopathie constitutionnelle	dans 31% des cas
une réaction anormale	dans 24% des cas
une schizophrénie	dans 18% des cas
une forme quelconque d'alcoolisme	dans 11% des cas
une épilepsie	dans 4% des cas
une affection diverse	dans 12% des cas.

Inversément, la débilité se rencontre dans

20% des psychopathies constitutionnelles
13% des réactions anormales
10% des épileptiques
6% des alcooliques
3% pour l'ensemble des autres maladies.

Ce dernier chiffre (3%) correspond à peu près à la morbidité généralement admise pour la débilité (2,2%-3,2% d'après Schulz [15]).

Comment comprendre l'augmentation des cas de débilité de 1917 à 1937? Simple-ment par le fait de l'augmentation des maladies auxquelles un syndrome débile est souvent associé. Comment expliquer alors la légère diminution survenue depuis 1937? N'est-ce pas dû au fait qu'on pose aujourd'hui avec moins de facilité qu'alors le diag-nostic, stérile au point de vue thérapeutique et pourtant lourd de conséquences, de débilité? C'est possible, mais difficile à démontrer.

L'oligophrénie grave

Le nombre de malades souffrant d'imbécilité ou d'idiotie, qui entrent annuellement à la Friedmatt est peu élevé.

Années	Premières entrées	« Réhospitalisations »
1917	6	2
1927	2	6
1937	8	7
1947	4	16
1954	7	6
1956	4	11

La première hospitalisation a eu lieu dans

33 % des cas avant 20 ans
61 % des cas de 20-35 ans
6 % des cas après 35 ans.

Si de la moyenne annuelle des entrées, et après déduction des étrangers, on essaye de calculer la morbidité de l'oligophrénie grave pour le canton de Bâle-Ville, on obtient le chiffre très petit de 0,09%. Les valeurs données par *Luxenburger* et *Schulz* [15] sont beaucoup plus élevées: 0,54-0,57%. La différence entre ces chiffres et les nôtres pourrait fort bien s'expliquer par le fait que seul un faible pourcentage des oligo-phrènes graves entrent à la Friedmatt. Comme nous l'avons fait remarquer, l'oligo-phrénie pose beaucoup plus un problème social, entre autre un problème de placement, qu'un problème psychiatrique.

L'épilepsie

Nous pouvons faire ici les mêmes remarques que celles que nous avons faites à propos de l'oligophrénie grave: nous avons peu de cas pour une étude statistique: les épileptiques ne sont pas tous justiciables d'un traite-ment en clinique psychiatrique.

Années	Premières entrées	« Réhospitalisations »
1917	11	3
1927	5	7
1937	8	12
1947	7	10
1954	11	21
1956	6	13

Dans deux tiers des cas, le diagnostic était celui d'épilepsie essentielle, pour le tiers restant d'épilepsie symptomatique.

La première hospitalisation a eu lieu dans

20%	des cas avant 20 ans
45%	des cas de 20-35 ans
30%	des cas de 35-50 ans
5%	des cas après 50 ans.

Ici encore, nous avons essayé de calculer la morbidité de l'épilepsie, en nous basant sur la moyenne des 6 années considérées et après avoir déduit les «étrangers». Nous avons trouvé le chiffre de 0,17% pour le canton de Bâle-Ville.

Brugger [12] donnait pour la même ville le chiffre de 0,22%. La différence entre les chiffres de *Brugger* et les nôtres pourrait provenir du fait que – nous l'avons signalé – les épileptiques ne doivent pas tous entrer en clinique psychiatrique.

Conclusions

Arrivés à la fin de l'étude systématique des différentes maladies psychiques, il nous reste maintenant à conclure.

La première question de ce travail était celle de l'augmentation importante des entrées annuelles à la Friedmatt au cours de ces quarante dernières années. Nous avons reconnu alors que cette augmentation était la conséquence de deux phénomènes non identiques: l'augmentation des premières entrées et l'augmentation des «réhospitalisations».

Les «réhospitalisations»

L'augmentation des «réhospitalisations» ne pose de problème que pour le cas où elle a été plus rapide que celle des premières entrées.

C'est le cas, puisque les «réhospitalisations» ont augmenté de plus de 10 fois de 1917 à 1956, alors que les premières entrées n'augmentaient pendant le même temps que de 4 fois environ. Il y a donc un problème particulier de l'augmentation des «réhospitalisations» et ce problème est pratiquement celui de la schizophrénie et dans une mesure plus faible celui de la psychose maniaque dépressive intermittente. Pour l'ensemble de toutes les autres maladies au contraire, les «réhospitalisations» ont suivi une évolution comparable dans ses grandes lignes à celle des premières entrées. Nous avons vu que les raisons de l'augmentation des «réhospitalisations» dans la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive devaient être recherchées d'une part dans l'évolution de l'attitude du médecin vis-à-vis de ses malades, d'autre part dans les possibilités de traitement données par les médicaments modernes.

Les premières entrées

L'évolution des premières entrées pose un ensemble de problèmes, propres à chaque maladie en particulier. Nous pouvons distinguer parmi ces maladies plusieurs groupes.

1. Un seul groupe de maladies a diminué de façon incontestable: les démences syphilitiques. Cette diminution correspond à l'évolution générale de la syphilis.

2. Certaines maladies n'ont pas augmenté, ou alors leur augmentation se laisse expliquer entièrement par l'évolution de la population de Bâle.

Ces maladies sont:

la schizophrénie
la psychose maniaque intermittente
les constitutions psychopathiques en tant que maladies
les névroses obsessionnelles
le delirium tremens et la maladie de Korsakoff
la morphinomanie
l'oligophrénie grave et
l'épilepsie.

Pour certaines de ces maladies, nous avons essayé d'en calculer la morbidité pour le canton de Bâle-Ville.

Pour la schizophrénie, nous avons trouvé une

morbidité de 1,54%

qui correspond au chiffre de *Brugger* pour la population de Bâle en 1929. Cette morbidité est donc à Bâle deux fois plus élevée que dans les autres pays.

Pour la psychose maniaque dépressive intermittente,

une morbidité de 0,25%

a été trouvée; ce chiffre correspond aux normes généralement admises.

Les psychopathies constitutionnelles en tant que maladies (asylierte Psychopathen) ont une

morbidité de 0,43%

ce qui coïncide avec le taux donné par *Brugger* pour la ville de Bâle. Cette morbidité correspond à celle trouvée dans les autres pays.

Pour l'oligophrénie grave, le chiffre que nous avons trouvé (0,09%) est très faible. Ceci est dû à ce que les grands oligophrènes doivent être assez rarement hospitalisés à la Friedmatt.

Pour l'épilepsie enfin, la morbidité trouvée

est de 0,17%

valeur légèrement inférieure à celle admise par *Brugger* (0,22%). Ici encore, le fait que les épileptiques ne sont pas tous justiciables d'un traitement clinique pourrait s'expliquer par cette légère différence.

3. Pour certaines maladies, l'augmentation des entrées se laisse expliquer, d'une part par l'augmentation de la population et, d'autre part, par la tendance à hospitaliser toujours plus fréquemment les malades. Ce deuxième point ne peut expliquer d'ailleurs que des augmentations assez faibles, de l'ordre de 1,5 fois en quarante ans.

Les maladies principales de ce groupe sont :

les dépressions involutives et
les démences artériosclérotiques et séniles.

4. Une nouvelle forme morbide, encore inconnue, il y a 20 ans, s'est rapidement développée au cours de ces dernières années : les petites toxicomanies. Quand même les entrées de ces malades ne sont pas très importantes quantitativement (13 entrées en 1956), leur augmentation depuis 1947 présente un danger incontestable. La raison de cette augmentation réside certainement dans la mise en vente, sans contrôle, d'une quantité innombrable de petits analgésiques.

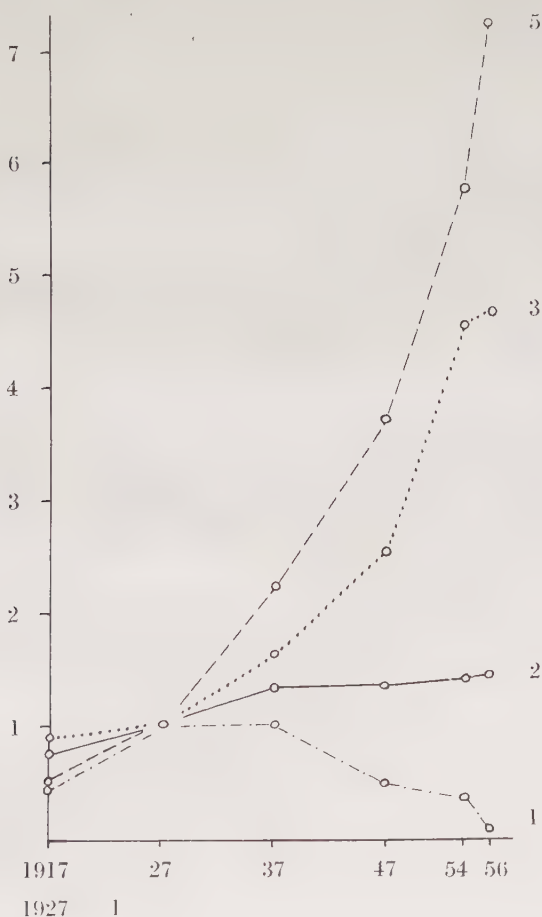
5. Certaines maladies enfin ont augmenté dans des proportions que n'explique ni l'augmentation de la population, ni la tendance à hospitaliser plus fréquemment les malades. Ces maladies sont :

les dépressions psychoréactionnelles,
les névroses non obsessionnelles,
l'alcoolisme chronique.

Le caractère commun à ces différentes formes morbides est en quelque sorte leur relative bénignité. Toutes ces maladies sont des troubles de l'adaptation de l'individu à son milieu. Le monde moderne exigeant plus de l'individu aujourd'hui qu'il y a quarante ans, augmentant entre autre la responsabilité de chacun, stimule en même temps des désirs irréalisables. L'adaptation sociale devient, dans ces conditions, toujours plus difficile. On ne saurait alors s'étonner que des troubles latents en 1917, deviennent manifestes aujourd'hui et déclenchent ainsi une crise qui rend l'hospitalisation inévitable. Telles devraient être les raisons de l'augmentation des névroses et des dépressions réactionnelles.

Dans le cas de l'alcoolisme, l'intolérance du milieu à l'égard du malade est particulièrement évidente. Aucun indice, en effet, ne permet de prétendre

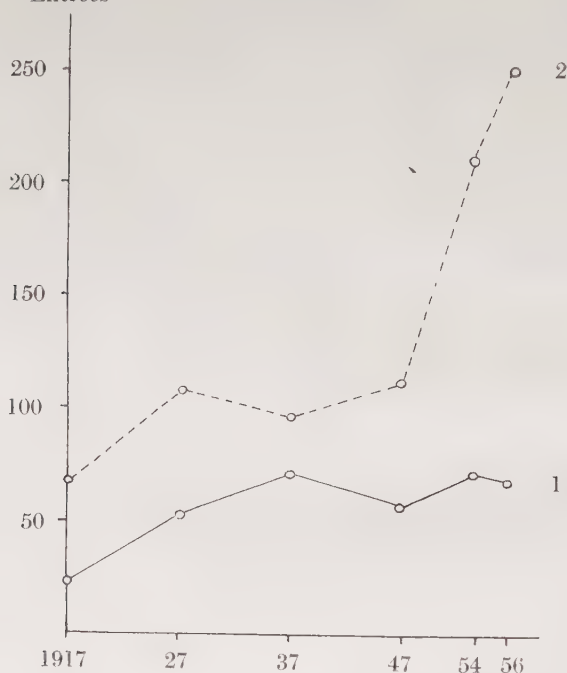
que l'alcoolisme en général ait augmenté de 1917 à 1956. Tant les chiffres fournis par la régie fédérale des alcools [46] que l'évolution du delirium tremens laissent penser, au contraire, que la consommation d'alcool par habitant a diminué depuis quarante ans. Et pourtant, les entrées pour alcoolisme chronique ont plus que quintuplé depuis 1917!



- 1 - - - - - Groupe 1: Démences syphilitiques
2 ——— Groupe 2: Schizophrénies,
Psychoses man.-dép., Del. trem., etc.
3 Groupe 3: Démences artérioscl. et séniles,
Dépressions involutives
5 - - - - - Groupe 5: Alcoolisme chronique, Névroses, etc.

L'Augmentation des premières entrées

« Réhospitalisations »
pour 100 Premières
Entrées



- 1 — Ensemble des autres maladies
après déduction du groupe 2
2 ---- Schizophrénie et Psychose
maniaque-dépressive intermittente

L'Augmentation des « Réhospitalisations »

Telles sont les raisons de l'augmentation des entrées à la Friedmatt. Quelles indications pouvons-nous en tirer quant à l'évolution de la psychiatrie hospitalière ?

L'encombrement chronique des hôpitaux psychiatriques est un fait reconnu de tous les psychiatres. *Stachelin* jetait en 1952 [40], un cri d'alarme devant cet encombrement, et il préconisait un ensemble de mesures susceptibles de décongestionner les cliniques. Il faut créer des possibilités d'évacuer les malades chroniques difficiles et les criminels : développer les pavillons ouverts, où les malades peuvent ne passer que la nuit ou le jour ; enfin, développer les asiles de vieillards.

Nos conclusions ne peuvent que confirmer le bien-fondé des mesures préconisées par *Stachelin*.

1. Nous ne savons pas encore jusqu'où mènera l'augmentation des «ré-hospitalisations» chez les schizophrènes, par exemple. D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que la création de pavillons ouverts, autonomes, sous contrôle permanent d'un psychiatre, qui assurerait à la fois le traitement ambulatoire et clinique de malades déjà examinés, serait nécessaire. On éviterait ainsi les à-coups pénibles de l'hospitalisation et de la sortie de l'hôpital.

2. Il est parfaitement anormal d'immobiliser les lits d'une clinique psychiatrique bien équipée, et conçue entre autre pour le traitement des grands agités, pour y garder des démences artériosclérotiques et séniles. Or, les déments représentent le 20 % des entrées à la Friedmatt. Pourquoi ne pas développer les asiles de vieux, en les dotant, par exemple, de divisions fermées, afin de décharger la Friedmatt de ces entrées?

3. Dans un avenir plus éloigné peut-être, la création de pavillons spécialisés dans le traitement des alcooliques deviendra nécessaire. On pourra ainsi assurer à la fois, le traitement clinique et ambulatoire.

4. Enfin, bon nombre de dépressions psychoréactionnelles pourraient être traitées dans un hôpital de médecine générale, si une collaboration entre interniste et psychiatre pouvait se développer sur une base de compréhension mutuelle.

On nous reprochera peut-être de vouloir désorganiser et morceler l'hôpital psychiatrique. Tel n'est pas notre but, au contraire, mais ce serait tout à l'avantage de la psychiatrie et des malades psychiques, si la promiscuité des maladies, telle qu'on la rencontre encore dans nos cliniques, pouvait enfin disparaître. Par la création de centres [4] hautement spécialisés, augmentant à la fois les possibilités thérapeutiques et diagnostiques, la psychiatrie hospitalière, effaçant définitivement les préjugés dont elle souffre, saurait trouver la place qu'elle mérite dans la vie moderne [42-45].

* * *

Nous tenons à exprimer ici notre profonde gratitude au professeur *Stachelin*, qui a bien voulu patronner notre travail et mettre à notre disposition les dossiers de la Friedmatt.

Nous tenons également à remercier chaleureusement le professeur *Dukor* de l'aide bienveillante qu'il nous a accordée, ainsi que le professeur *Batschelet* pour ses précieux conseils.

Bibliographie

- [1] *H. Bersot*: Die Fürsorge für die Gemüts- und Geisteskrankheiten in der Schweiz. Hans Huber, Bern, 1936. — Etude de l'évolution survenue dans la façon de traiter, de considérer et d'aider les malades mentaux.
- [2] *M. Bleuler*: Die erbpathologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Schw. Arch. f. Neur. und Psych. 62, 1948. — Le mendélisme dans sa forme primitive n'a pas permis de pénétrer au cœur de la psychiatrie. Pourtant les études hérédo-biologiques ont permis d'obtenir des chiffres très importants du point de vue social, sur la morbidité des différentes maladies. Malheureusement personne en Suisse ne semble plus s'intéresser à ces problèmes. Des vérifications des chiffres connus sont nécessaires. Rapports entre le mendélisme et la psychanalyse.
- [3] *L. S. Penrose*: Research Methods in Human Genetics. Congr. int. de Psychiatrie. Paris, 1950. — Etude des méthodes d'investigation en génétique humaine; leurs limites; leurs rapports avec les méthodes expérimentales.
- [4] *J. E. Stachelin*: Gegenwarts- und Psychiatrie. Helbing & Lichtenhahn. Basel, 1948. — Le problème de l'évolution des maladies psychiques est posé ici avec clarté. Diminution générale et relative des maladies mentales (schizophrénie, psychose maniaque dépressive intermittente) au profit d'autres formes morbides (constitutions psychopathiques, névroses). Les raisons de cette évolution sont analysées.
- [5] Statistisches Jahrbuch des Kantons Basel-Stadt. — C'est de cet annuaire statistique que nous avons tiré tous nos renseignements sur la population de Bâle-Ville.
- [6] *H. Bersot*: L'évolution des maladies mentales dans les hôpitaux psychiatriques suisses. Arch. suisse de neur. et psych. 69, 1952. — Etude de l'influence du vieillissement de la population, de l'assistance sociale, de la législation, de la science sur l'évolution des maladies psychiques.
- [7] *F. Pasche*: Réactions pathologiques à la réalité. Rev. franç. de psychanalyse. T. XXII, 6, 1958. — Etude des différentes causes susceptibles d'engendrer des réactions pathologiques. Analyse particulière des dépressions.
- [8] *F. J. Kallmann*: The Genetics of Psychose an Analysis of. I. 232 Twin Index Families. Congr. intern. de Psych. Paris, 1950. — Etude hérédo-biologique moderne. L'extension donnée ici au terme de schizophrénie correspond à peu près à celle que nous lui donnons.
- [9] Colloque international sur la chlorpromazine. G. Doin, Paris, 1955. — Ensemble de tous les résultats acquis avec la chlorpromazine et autres neuroleptiques jusqu'en 1955.
- [10] *F. Labhardt*: Die Ergebnisse der Largactilbehandlung Schizophrenen von 1953 bis 1955 an der Basler psychiatrischen Universitätsklinik. Schw. Arch. f. Neurol. u. Psych. 79, 1957. — Analyse statistique des résultats obtenus à la Friedmatt. Fréquence des récides.
- [11] *B. Kohn, H. Luxenburger*: Schizophrenie. G. Thieme, Leipzig, 1940. — Une partie de l'ouvrage consacrée à l'hérédobiologie donne quantité de renseignements sociologiques et anthropologiques. Etude de l'âge auquel les schizophrènes tombent malades. Les chiffres de *Kraepelin* et de *Bleuler* sont cités.
- [12] *C. Brugger*: Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Ztsch. f. d. ges. Psych. u. Neurol. 118, 1929. — La morbidité schizophrénique est à Bâle de 1,53%, c.-à-d. qu'elle est 2 fois plus élevée que dans les autres pays. L'âge dangereux se situe entre 16 et 40 ans. Les autres maladies ont à Bâle la même fréquence qu'ailleurs: Epilepsie 0,22%, oligophrénie 0,43%, psychopathes asilaires 0,43%.
- [13] *E. Rüdin*: Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen. J. Springer, Berlin, 1916. — Ouvrage de base pour les études hérédobiologiques. Le lecteur trouvera ici entre autres des données précises sur la mortalité des schizophrènes comparée à la mortalité générale. Indications également sur la morbidité schizophrénique chez l'homme et chez la femme.
- [14] *H. Luxenburger*: Der heutige Stand der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie. Ztschr. Bl. f. Neurol. u. Psych. 83, 84, 1937. — L'auteur fait le point des connaissances hérédobiologiques. Il donne les morbidités des différentes psychoses. Etude par différents psychiatres de 7343 personnes.
- [15] *B. Schulz*: Zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 136, 1931. — Etude des frères et sœurs et des parents de 100 malades hospitalisés. Comparaison avec les résultats de *Luxenburger*.

	<i>Luxenburger</i>	<i>Schulz</i>
Schizophrénie	0,85%	0,76%
Psych. man. dép. interm.	0,41%	
Epilepsie	0,29%	0,27%

- | | | |
|----------------------------------|-------|----------|
| Oligophrénie grave | 0,57% | 0,54% |
| Psychopathes asilaires | 0,29% | 0,80% |
| Débilité | | 2,2-3,2% |
- [16] *E. Strömgen*: Erbpsychiatrische Forschung der letzten Jahre in den nordischen Ländern. Schw. Arch. f. Neurol. u. Psych. 62, 1948. — Compte rendu sur la situation dans les pays nordiques. La morbidité schizophrénique s'établit dans ces pays de 0,65 à 0,79%.
- [17] *E. Strömgen*: Statistical and Genetical Population Studies within Psychiatry Methods and Principal Results. Congr. intern. de psych. Paris, 1950. — Etude hérédobiologique du danger eugénique que représente une maladie psychique déterminée. Etude de la population suédoise et danoise.
- | | |
|-------------------------------|-------|
| Morbidité schizophrénique | 0,72% |
| Morbidité psych. man. interm. | 0,21% |
| Morbidité const. psychopath. | 0,53% |
- [18] *C. Brugger*: Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 146, 1933. — Etude comparative de la morbidité à Munich, dans l'Allgäu et en Thuringe.
- | | | | |
|-------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| | <i>Munich</i> | <i>Allgäu</i> | <i>Thuringe</i> |
| Schizophrénie | 0,85% | 0,98% | 0,38% |
| Psych. man. dép. int. | 0,41% | 0,40% | 0,11% |
| Epilepsie | 0,29% | 0,40% | 0,08% |
| Psych. «asilaires» | 0,29% | | |
| Oligophrénie | 0,57% | 5,49% | |
- [19] *B. Dukor*: Die Prognose der Geisteskrankheiten. Schw. Med. Wschr. 69, 1939. — Cet important travail fait le point de nos connaissances sur le pronostic des maladies mentales. Nombreuse données numériques. D'une façon générale, les chiffres que nous avons trouvés correspondent à ceux donnés par l'auteur.
- [20] *P. Kielholz*: Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Schw. Med. Wschr. 87, April 1957. — Etude de l'augmentation du syndrome dépressif. Les conclusions de l'auteur correspondent aux nôtres en ce qui concerne les dépressions réactionnelles, mais non pour les mélancolies et les dépressions involutives. Les différences sembleraient tenir au fait que l'auteur ne distingue pas dans son étude entre premières entrées et récidives.
- [21] *M. Kinkel*: Verlauf und Prognose des manisch-depressiven Irreseins. Schw. Arch. f. Neurol. u. Psych. 73, 1953. — Etude assez complète de la maladie. Nombreux tableaux sur la fréquence, la durée, l'âge de l'apparition de la maladie.
- [22] *J. E. Staehelin*: Über Depressionszustände. Schw. Med. Wschr. 85, 1205, 1955. — Etude systématique succincte des différents états dépressifs. Indications thérapeutiques.
- [23] *J. E. Staehelin*: Über Selbst- und Gemeingefährlichkeit. Praxis 36, 1947. — Etude de l'augmentation des suicides. Analyse des causes de cette augmentation.
- [24] *J. Wyrsch*: Etats dépressifs. Acta psychosomatica I. Geigy, Basel, 1958. — Etude générale des états dépressifs. Chapitre consacré aux «Altérations d'humeur dépressives et courants d'époques».
- [25] *Von Baeyer*: Zur Statistik und Form der abnormen Erlebnisreaktionen in der Gegenwart. Der Nervenarzt 19, 1948. — L'auteur, étudiant à la fois les réactions anormales et les constitutions psychopathiques, qui ne sauraient d'après lui être séparées, souligne la rareté, à la clinique de Nuremberg et dans la période d'après-guerre des réactions anormales massives. L'anxiété et la tension générale empêchent l'apparition de ces réactions, au contraire des troubles psychosomatiques qui augmentent dans de fortes proportions. L'auteur en vient à parler du «style des réactions anormales» qui change avec le temps.
- [26] *E. Slater*: The Genetical Aspects of Personality and Neurosis. Congr. intern. de Psychiat. Paris, 1950. — «La qualité spécifique et la réaction névrotique dérive de la personnalité.» Etude génétique de la personnalité.
- [27] *K. Schneider*: Psychopathologie clinique. Ed. Nauwelaerts. Louvain, 1957. — Etude des symptômes psychopathologiques qui permettent de poser un diagnostic psychiatrique, suivant la méthode descriptive analytique.
- [28] *W. Kraulis*: Zur Vererbung der hysterischen Reaktionsweise. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 135, 1931. — Données sur la fréquence des constitutions psychopathiques. On distingue ici entre les constitutions anormales, dont la morbidité est évaluée par *Kattendits* à 12,08% et par *Kraulis* à 23,4%.
- [29] *H. Riedel*: Zur empirischen Erbprognose der Psychopathie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 159, 1937. — Etude parallèle à celle de *Kraulis*.

- [30] *E. Kretschmer*: Psychologie médicale. G. Doin & Cie., Paris, 1956. — Exposé des théories de l'auteur. Données numériques sur l'«Affinité entre structure corporelle et tempérament».
- [31] *S. Ledermann*: Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. P.U.F. 1956. — Etude statistique des données scientifiques, physiologiques, économiques et sociales.
- [32] *J.E. Staehelin*: Die Ursachen des Alkoholismus in der Schweiz. Schweiz. Med. Wschr. 65, 40, 1935. — Etude des personnalités particulièrement menacées par l'alcoolisme. Importance des constitutions psychopathiques. Comparaison avec les autres maladies mentales.
- [33] *J.E. Staehelin*: Über den Alkoholismus in der Schweiz; einige ätiologische und therapeutische Probleme. Schweiz. Med. Jahrbuch 1952.
- [34] *B. Slotopolsky-Dukor*: Neuere Anschauungen über den Alkoholismus. Gesundheit und Wohlfahrt, 12, 1934. — Etude de la fréquence des personnalités psychopathiques dans l'alcoolisme. L'alcoolique et sa descendance.
- [35] *P. Fouquet et J. Charvrel*: Une thérapeutique de l'alcoolisme. P.U.F. Paris 1956. — Indications pratiques sur la façon de conduire une psychothérapie chez les alcooliques.
- [36] *J.E. Staehelin, H. Solms*: Antabus bei chronischem Alkoholismus (50 Fälle). Schweiz. Med. Wschr. 81, 13, 1951. — Danger, contre-indications, schéma de traitement, résultats.
- [37] *P. Kielholz*: Abusus und Sucht mit phenacethinhaltenen Kombinationspräparaten. Schweiz. Med. Wschr. 87, 35/36, 1957. — Etude de l'augmentation des malades abusant de petits analgésiques à base de phénacétine.
- [38] *G. Vettiger, A. Jaffé, A. Vogt*: Alte Menschen im Altersheim. Benno Schwabe & Co., Basel, 1951. — Etude des vieux et du problème social que pose l'augmentation des vieillards dans le canton de Bâle-Ville.
- [39] *H. Merrit*: Textbook of Neurology. H. Kimpton, London, 1955. — Le deuxième chapitre de cet ouvrage traite des lésions vasculaires du cerveau. Des tableaux détaillés permettent de voir les fréquences respectives des embolies, thromboses et hémorragies cérébrales suivant l'âge du malade.
- [40] *J. A. Fraser Roberts*: The Genetics of Oligophrenia. Congr. intern. de Psych. Paris, 1950. Etude des différences entre la petite et la grande oligophrénie dans une perspective génétique.
- [41] *J.E. Staehelin*: Grundsätzliches über den Ausbau und Betrieb psychiatrischer Spitäler. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 69, 1952. — Eviter la psychose des «fils de fers barbelés», laisser le malade choisir la division qui lui convient: tels sont les avantages du système pavillonnaire. Traiter le malade de façon libérale, évacuer les malades chroniques difficiles, développer les pavillons ouverts, développer les asiles de vieillards, créer des divisions pour les criminels et les enfants; voilà les perspectives dans lesquelles la psychiatrie hospitalière devrait se développer.
- [42] *M. Bleuler*: Die Zukunft unserer psychiatrischen Anstaltswesens. Praktische Psychiatrie, 1951. — Créer des centres hautement spécialisés, augmentant à la fois les possibilités thérapeutiques et diagnostiques, développer les soins aux malades chroniques: ce sont là les pensées qui devraient dominer dans le développement futur des cliniques psychiatriques.
- [43] *H. Bersot*: Destin de la psychiatrie suisse. H. Huber, Berne, 1945. — Tâches de demain: augmenter le nombre de lits et le personnel médical. Assistance extrahospitalière. Hygiène et prophylaxie mentale.
- [44] *G. Schneider*: Débat sur l'extension des établissements psychiatriques suisses. Psychiatrie pratique 30, 1951. — Nécessité d'un hôpital psychiatrique pour les malades chroniques.
- [45] *J. Künzler*: Beitrag eines Landpsychiaters zur Frage der Weiterentwicklung im Anstaltswesen. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 69, 1952. — Il faut trouver en Suisse une solution propre. La vie de l'hôpital psychiatrique doit être stimulée. La formation scientifique ne doit pas gêner les intérêts sociaux.
- [46] *J. Ellenberger*: Einiges über die Anstaltsreform in Frankreich. Praktische Psychiatrie 30, 1951. — Remarques générales suivies de l'étude de *Ville-Evrard* et *Fleury-les-Aubrays*.
- [47] *V.J. Steiger, F. Welti*: Der Verbrauch geistiger Getränke in der Schweiz in den Jahren 1947/49, 1945/49 und früheren Zeitabschnitten. Benno Schwabe & Co., Basel, 1951. — Etude de la consommation d'alcool par habitant. Les différentes boissons. Les possibilités de contrôle.
- [48] *C. Müller*: Über das Senium der Schizophrenen. S. Karger, Basel, 1959. — Etude minutieuse de la vieillesse des schizophrènes. Nombreuses données statistiques portant sur l'analyse de 101 cas. Bibliographie.

